
Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001409-5**

Conta: **000010008506-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



1409-S 8.506-S R



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	026459.767-27	MANOEL BEZERRA OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
MANOEL BEZERRA OLIVEIRA		026459.767-27	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	VL. ESPACINHA		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
	NOVA RUSAS	CEARA	62.200.000
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Direta (227)

☐ Indireta (341)

☒ Poupança Financeira (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1409 5 CONTA: 8.506-5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTU

Assinatura 18 JAN. 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA



Impresso nº 2018214996

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 868 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 09/11/2018 10:39:54
Data / Hora da Ocorrência: 20/04/2018 08:30:00
Endereço da Ocorrência: ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A
Complemento:
Bairro: Município: NOVA RUSSAS/CE
Ponto de Referência: MOTEL DELIRIUS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MANGEL BEZERRA DE OLIVEIRA
Nascimento: 07/04/1972 CPF:
RG : Órgão Emissor: UF:
Filiação: MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA
FRANCISCO CÍCERO DE OLIVEIRA
Endereço: RUA DT ESPACINHA
Bairro:
Município: NOVA RUSSAS/CE CEP: 62.200-000
País: BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HVW1737 Uf: CE Município: NOVA RUSSAS Chassi:
9BWZZZ377WP571605 Renavam: 703896059 Tipo do Veículo:
AUTOMÓVEL Marca / Modelo: VW/GOL SPECIAL Ano Fabricação: 1998
Ano Modelo: 1999 Combustível: GASOLINA Cor: VERDE Proprietário:
FRANCISCO MARCIO DOS SANTOS BEZERRA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

VEM REGISTRAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, OCORRIDO NO DIA 20/04/2018, POR VOLTA DAS 08:30HS, NA ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A LOCALIDADE DE ESPACINHA; QUE O NOTICIANTE CONDUZIA O VEÍCULO VW/GOL SPECIAL, DE PLACAS HVW 1737, E AO DESVIAR DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO QUE VEIO A CAOTAR; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO COMO AIRTON, O QUAL O LEVOU EM UM VEÍCULO PARTICULAR ATÉ O HOSPITAL DE NOVA RUSSAS/CE; QUE O NOTICIANTE SOFREU NO ACIDENTE: "TRAUMA COTOVELO D": QUE NÃO TEVE NENHUMA TESTEMUNHA DO ACIDENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MAURO CESAR BARROSO BRAGA - MAT.: 163368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MANGEL BEZERRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A):

SECRETARIA DE SEGURANÇA

DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

Criado em: 09/11/2018 10:53:49

18 JAN. 2019

Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/11/2018 10:53:49

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA



Impresso nº 2018214995

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 475 - 868 / 2018

ANTONIO ROMULO BEZERRA DE SOUSA - MAT.: 30100018

DELEGACIA CORRETORA DE SEG. LTU

18 JAN. 2019

Ass:

1409-S 8.506-S P



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		026459.767-27	MAYOEL BEZERRA OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	
MANUEL BEZERRA OLIVEIRA			026459.767-27	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
	VL. ESPACINHA			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
	NOVA RUSAS	CEARA	62.200.000	
E-mail:			Tel.(DDD):	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (227)	☐ Itaú (343)
☒ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1409 5	AGÊNCIA:
CONTA: 8.506-5	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	
Nome:	
CPF:	
Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS	
1ª Nome:	
CPF:	
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PRIORIDADE:

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa**Normal**

Avenida Dr. Osvaldo Martins
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
NOVA RUSSAS

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome Paciente 30648-Manuel Bezerra De Oliveira		Data - Hora 20/04/2018 - 08:53:46		Atendimento 9048	
Cartão Nacional de Saúde(CNS)		Documento 271449274	Data de Nascimento 27/04/1972	Idade 45	Sexo M
Nome da Mãe Maria Bezerra De Oliveira			Telefone de Contato () - - -		
Endereço Empadinha	Número	Bairro ZONA RURAL	Cidade/UF NOVA RUSSAS/CE	CEP 62200-000	

Procedência

História Clínica/Queixa do Paciente *refere dor no braço.*

Exame Físico
PA. 130x90 mmHg

Exames Solicitados

Hipótese/Conclusão Diagnóstica
*Travma cerrado - D, derrame de
acidente de trânsito - (SIC)*

Conduta/Tratamento
*1- Cefepime 100 - 5 - 5M
9:40*

Recepcionista / Atendente <i>Alciana</i>	Assinatura / Carimbo do Médico <i>Dr. Francisco Tadeu P. Aguiar</i> MÉDICO GEM-2776
Ass. Paciente ou Responsável / Saída <i>X ANTONIO ARIEN DE F. SANTOS</i>	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

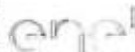
AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000010008506-7

Nr. da Autenticação AD848C87C99670F9

8612816
Para obter seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 67047251/0008-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 539845698
Rote 23 39002 04 134000 - 6 Data de Emissão 04/09/2018
Nome MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
End. Postal VL ESPACINHA 00000
- NOVA RUSSAS - 62200000
Medidor 4018118 Posto 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO
RG/CPF/CNPJ 026459767-27 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Data de Início 03/10/2018
Data de Apresentação 03/10/2018
Previsão Próxima Leitura 03/10/2018
Set/2018 03/10/2018 03/10/2018
ICMS
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

95,17 27,00% 25,69
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0E99.4090.3391.7ED2.330B.CEFO.050B.A482

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consum. Incl.	Consum. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 00915	00791	1,00	124	0,00	124	0,7275	90,17

04/09/18 03/08/18 32 0148 124 VALOR (R\$) 95,17
DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES 95,17
MULTA MORATORIA REF 06/2018 3,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 12,53
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,77)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a seguir a qualidade do fornecimento:

Mês	Jul/2018			AGO 30,88		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
Conjunta	10,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIC	7,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	5,66					
DMIC						

Contato
88-992504404
88-997088444

VENCIMENTO 11/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 110,82
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 36,78	
Transmissão 3,82	
Distribuição 20,96	
Encargos Setoriais 5,61	
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ... 27,69	
TOTAL 95,17	
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emitido kg (CO ₂) 48,41	Compensado kg (CO ₂) 0,00
Consciência Ecológica (%) 0%	

PARA CHEGAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE 8612816 E DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Do dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

IMO PÉ POSSÍVEL VALER LEITURA POR: FAT MÊDIA-LEIT BIMESTRAL ART 88 RES 414
Conste desta fatura R\$ 2,20 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,10%
TAXA DE BANCOS: 100% (100% - 100% = 0%)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

AB3



CICF FORTALEZA CE PLS
 ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
 R HERMENEGILDO MARTINS 323
 CASA PATRONATO
 62200-000 NOVA RUSSAS CE

DATA DE VENCIMENTO: 25/12/18 - DATA DE POSTAGEM: 14/12/18



7216210573098160000017160530141218

Assinatura eletrônica
 No caso de multa
 Na internet - cobrança
 Pelo celular - 10530
 No atendimento Claro
 Para mais informações

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
BR 99200 4401	de 07/11/2018 a 06/12/2018	25/12/2018	R\$ 56,97

Valor a ser pago: R\$ 56,97

Veja aqui o que está sendo cobrado

Valor do Débito: R\$ 11,00

Total do Débito:

Total do Débito:

Total do Débito:

Total do Débito:

Total do Débito:

Total a Pagar

R\$

56,97

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
 Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 JAN. 2019

ASSINATURA



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Código Débito Automático
 14942255

Período de Uso
 07/11/18 a 06/12/18

Total
 R\$ 56,97

Vencimento
 25/12/18

Código Débito Automático

248300000001 | 56970221201-5 | 81225174942-2 | 25502928122-9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

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 Antonio Elcio Pereira Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

_____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____,

do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima _____,

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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:
Bairro:	Cidade:	Estado:
E-mail:		CEP:
		Tel.(DDD):

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:	13:50		
P.A.:	140780		
TEMP.º:	26.7º		
P./MIN.:	—		
M.V. / MIN.:	—		

NOME:	JOE WINTON L. DE OLIVEIRA	IDADE:	44A	ENF.:	B	LEITO:	105	Nº. PRONTUÁRIO:	240283
-------	---------------------------	--------	-----	-------	---	--------	-----	-----------------	--------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	23:50 OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent./ Dieta)
10/10/71	1) NITRO GLIC		Em Pac. admitido na emergência para tratamento traumatológico seg. acidente, vítima de colapso de abd. de- bido a eliminação fisi- ológica de substâncias -	
	2) RL 200ml IV 2862		clivadas de enfermagem -	
	3) KEFUP 164 AD AD 6155		Em Paciente admitido em U.C. -	
	4) POTASSIO 100ml + 100ml IV 121171		M.D. —	
	5) NITROGLIC 2:18 AD AD 6155	12:30/40		
	6) DITAN 2:18 AD AD 12111			
	7) NITROGLIC			

Centro de Diagnóstico e Cirurgia
 GRM: 10164-TEOT 12042
 HOSPITAL D'AMARAL
 ASSISTENTE COM CONF. 3033
 FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Antonio Elcio Pereira Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____,

do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima _____,

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:	23:50		
P.A.:	140/80		
TEMP.º:	36.7º		
P./MIN.:	—		
M.V. / MIN.:	—		

Travma 10/07

NOME: JOSE WINTON L. DE OLIVEIRA IDADE: 44A ENF.: B LEITO: 105 Nº. PRONTUÁRIO: 240283

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf. / Dieta)
10/07	1) Omeprazol 60mg	12h	em pós-almoço	
	2) RL Zolpidem 12.5mg	20h	para tratamento da insônia	
	3) Kefton 164 AD 12 6/155	06h	segue acompanhamento de	
	4) Rotarun 100mg + 100mg 12h 12/11/17	12h	tratando a dor	
	5) Ciprofloxacina 2.18 AD 12 6/155	12h	para tratamento da infecção	
	6) Dexametasona 2.18 AD 12 12/11/17	12h	para controle da inflamação	
	7) Tm + C			
			8:15 - 12h Exame físico	
			em 20:10h pós-almoço	
			depois de administração	
			dipirona EV	

Carimbo e Assinatura do Profissional
CRM: 10184-TEOD 12042

Carimbo e Assinatura do Profissional
3033
FUNÇÃO: NÚCLEO

ex

Carimbo e Assinatura do Profissional

Ruth

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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**.

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 ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 416.362.523-20
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 026.459.767-21 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima
MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.459.767-21 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 <u>R. HERMENEGILDO MARTINS,</u>		Número <u>323</u>	Complemento
Bairro <u>PATRAMATO</u>	Cidade <u>Nova Russas</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62.200.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Nova Russas, 02 de Abril de 2013
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Norme:

**Avenida Dr. Osvaldo Martins
Timbaúba - C.E.P: 52200-000
NOVA RIUSSAS**

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

18 JAN. 2019



PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que
Manuel Bezerra de Oliveira foi vítima
de acidente de trânsito, ocorrido em
20/04/18, apresentando fratura no cotovelo
direito com deformidade de 60%, subme-
tido a tratamento conservador. Encontra-se
de alta definitiva.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 JAN. 2019

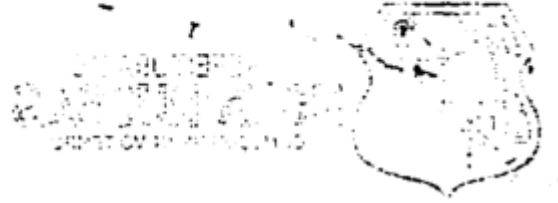
Dx. Francisco Kleber F. Araújo
MÉDICO
CRM-19270

30 / 11 / 18
Data

6278
Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.

REPUBLICA MUNICIPAL DE LISBOA
 Direcção Municipal de Saúde
 Direcção de Saúde
 1200-000 LISBOA



Unidade de Saúde: _____
 Nome: _____
 Endereço: _____

Handwritten text (mirrored/bleed-through):
 O presente documento tem por objectivo
 informar o Sr. Dr. [illegible]
 da existência de um processo de
 investigação em curso relativamente
 ao caso de [illegible]
 e da necessidade de colaboração
 para a sua resolução.

ÁREA CORRETORA DE REG. (T.D.)

18 JAN. 2013

Handwritten signature

Assinatura _____ Data 20/11/13

24.05.2005 + 500



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMJ62
Distrito Sanitário: 15 - CRAS Município: Nova Russas - CE

Nome: Marcos Bezerra de Oliveira Prontuário Nº _____
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 27/04/1972 Ocupação: Comerciante
Endereço: Esp. Silva - M Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Luxação cotovelo - D. ulnar de

Resultado de Exames: exame especializado. (Traumatologista)

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Dr. Francisco Xavier F. Araújo Função: Médico Data: 20/04/19 Hora: 10h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____
18 JAN. 2019

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data: ____/____/____

MEMORANDUM FOR THE

ATTENTION OF THE

SECRETARY



Centro de Diagnóstico por Imagem de Crateús

Paciente: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA-FRANCISCO KLEBER
Data de Nascimento: 24/07/1972
Data do Exame: 22/11/2018
Procedência: Paciente Interno

Nº do Paciente: 36327/PART
Solicitante:
Nº do Exame:
Sexo: M
Convênio:

RADIOGRAFIAS DO COTOVELO DIREITO

Dificuldade no posicionamento radiológico na incidência em perfil.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Relações articulares mantidas.

Aparente calcificação adjacente ao processo coronóide da ulna.

Calcificação em partes moles adjacentes ao epicôndilo lateral do úmero, medindo 0,6 cm.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Vania Klein CRM 5737-ES | Médica-radiologista RQE 4421-ES

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 22/11/2018 13:11:28 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

COORDENADORA DE SEG. CLÍNICA

18 JAN. 2019

ASS: _____



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 051029 Atendimento 0013 Nome do Paciente MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
Documento(s) Identidade: 27144927-4
Data de Nascimento 27/04/1972 Local NOVA RUSSAS/CE
Pai FRANCISCO CICERO DE OLIVEIRA
Endereço CAMPO ESPACINHA, SN
Profissão Empresa
CNS 700607996072662 Estado Civil Outro Sexo Masculino Idade 45 Ano(s)
Mão MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA
Bairro ZONA RURAL CEP 62203-000 Município NOVA RUSSAS UF CE Telefone 88 92673882
Cônjuge ELIZANGELA DE OLIVEIRA SILVA
CPF do Responsável Endereço CAMPO ESPACINHA, SN Município NOVA RUSSAS UF CE
Responsável ELIZANGELA DE OLIVEIRA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/04/2018 Hora 13:22 Convênio SUS
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente
Matrícula CID
CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA

Observação trouxe guia dia 20/04/18
Sala

Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 37 P (bpm) 80 R (mpm) 14 PA (mmHg) 120 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 20/04/2018 13:55

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente acidente de carro, dor e edema em MSE região do cotovelo
spo2: 93

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Manoel em consulta
traumato - Acidente de
carro com lesão
fratura
do cotovelo
procedimento em
plano hospitalar

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

ASS:

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ELIZANGELA DE OLIVEIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0713

Polígara Direita

Manuel Bezerra de Oliveira

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPF

026.459.767-27

Nome Completo

MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

27.04.72

Assinatura

Manuel Bezerra de Oliveira

CPF 026.459.767-27

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 27.144.927-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/12/2008

NOME MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

PROTEÇÃO FRANCISCO CICERO DE OLIVEIRA

MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA

LOCALIDADE CEARÁ DATA DE NASCIMENTO 27/04/1972

FLS 29 TERM B204

C.NASC LIV AB FLS 29 TERM B204

OVA RUSSAS CE

026.459.767-27 PIS 12428959133

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

026.459.767-27

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CADERNETA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

1004651937

ANTONIO ELISEIO PEREIRA OLIVEIRA

95602925165 SEP CE

161.562.523-20 04/07/1970

RAIZENSO NUNES DE OLIVEIRA
 MARIA DA CONCEICAO PEREIRA

03365133322 07/10/2019 16/10/1995

1004651937

16/10/2019

16111488002
 CE140106506

17 JAN. 2019

17 JAN. 2019

17 JAN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044443 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @PG 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	MAO DEGRADO
IDENTIDADE:	22.144.927-4
ENDEREÇO:	LOACIADAE OG ESPACIHA

OUTORGADO

NOME:	ANTONIO ELIZIO PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	MAO DEGRADO
IDENTIDADE:	9500 2285165
ENDEREÇO:	R. HERMENEGILDO MARTINS, 323

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

NOVA RUSSA, 20.11.2018

LOCAL E DATA



Manuel Bezerra de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIMENTO DE FIRMAS)

18 JAN. 2019

Ass: _____



Reconheço a(s) firma(s) de	<u>Manuel Bezerra de Oliveira</u>
por autenticidade () por semelhança da verdade	☒ por autenticidade
Em testº	Nova Russa - CE, 23 NOV 2018
() Pedro Dirceu Zanini Tabelião () Lucio Barreto Aguiar Parva Substituto () Marcos Magalhães Rodrigues Escrevente Contratado	
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021707/19

Número do Sinistro: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

CPF: 026.459.767-27

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

1409-S 8.506-S P.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	026459.767-27	MANOEL BEZERRA OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
MANOEL BEZERRA OLIVEIRA		026459.767-27	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	VL. ESPACINHA		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
	NOVA RUSCAS	CEARA	62.200.000
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Caixa Postal (227) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1409 5	CONTA: 8.506-5	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MANOEL BEZERRA OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTD.

Assinatura
18 JAN. 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.