

---

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

**Aos Cuidados de:** ABDON ZACARIAS DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3170601582

**Vitima:** ABDON ZACARIAS DE SOUZA

**Data do Acidente:** 16/10/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170601582**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ABDON ZACARIAS DE SOUZA**

**Sinistro:** **3170601582**

**Vítima:** **ABDON ZACARIAS DE SOUZA**

**Data do Acidente:** **16/10/2015**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

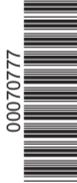
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170601582** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12068713

A/C: ABDON ZACARIAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170601582  
Vitima: ABDON ZACARIAS DE SOUZA  
Data do Acidente: 16/10/2015  
Cobertura: INVALIDEZ

**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: ABDON ZACARIAS DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000005440-2

Conta: 000001466-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

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

Sinistro: 3170601582 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ABDON ZACARIAS DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CORNELIO ROSA nº 848 - ALTO DA BOA VISTA - NOVA RUSSAS/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1548566 - SSP

Data local do exame: 29/11/2017 GUARACIABA DO NORTE/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)

**TRAUMA EM JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.**

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

**VÍTIMA SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA EDEMA RESIDUAL, DOR E INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**

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.

#### LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU LEVE.

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**JOELHO DIREITO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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

Total = "100% da IS"

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

**TORNOZELO ESQUERDO- SEM SEQUELAS  
MANTIDO O ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -**

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 29/11/2017

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE

Dr. Wellington Melo  
MÉDICO  
CREMEX: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170601582      **Cidade:** Nova Russas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ABDON ZACARIAS DE SOUZA      **Data do acidente:** 16/10/2015      **Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU LEVE.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA EDEMA RESIDUAL, DOR E INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** TORNOZELO ESQUERDO- SEM SEQUELAS  
MANTIDO O ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURODORA

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, Aldon ZACARIAES SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 1548566EXPEDIDO POR SSPCCEM / /  ECPF 51093206720 / CNPJ 000000000000000, PROFISSÃO med. dentista

E RENDA MENSAL DE R\$ 4.400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Aldon ZACARIAES SOUZA. AUTORIZO A SEGURODORA 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 segurado, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR;
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 233 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 5440 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1466-4

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

Moura, 21 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA SEGURODORA

Aldon ZACARIAES SOUZA

## ! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221104.

DOCUMENTO 1 - T1%





**Bradesco**

**Dia & Noite**

**BDN - Bradesco Dia e Noite  
Transferencia - CC p/ CC**

Data 26/11/2016 Hora 10:39 Term 052879  
N.Trans 5527 Banco 237 Agencia 6440  
Conta 0622861-1 Valor 1,00

Favorecido:  
Banco 237  
Agencia 6440 / NOVA RUSSAS  
Conta 0001466-4

Titular: ABDON ZACARIAS DÉ SOUZA

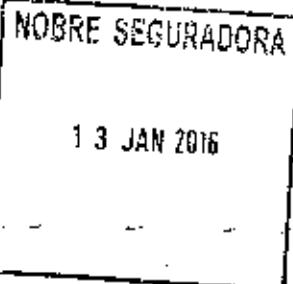
Nome: LUCIANA PEREIRA MARTINS  
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 02

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcao.  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco  
SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvintoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha um bom dia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 846 / 2015

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 12/11/2015 09:19:01

Data / Hora da Ocorrência : 16/10/2015 08:00:00

Endereço da Ocorrência: AV JOAQUIM LOPES PEDROSA

UNIVERSIDADE NOVA RUSSAS /CE

Ponto de Referência: RECANTO DOCE PADARIA

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: ABDON ZACARIAS DE SOUSA

Nascimento : 30/07/1944

RG: 1548566 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 59093226720

Filiação: RAIMUNDO DOCA ZACARIAS

LUZIA FELIZARDA DE PAIVA

Endereço: R CORNELIO ROSA 848

JOVINÃO 62220000

NOVA RUSSAS CE BRASIL

Telefone:

*Histórico*

INFORMA O DECLARANTE QUE NO DIA 16/10/2015, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS, ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO HONDA NXR150 BROS ES, PLACA PMA0950, CHASSI 9C2KD0550ER216425, COR PRETA, LICENCIADA EM NOME DE LUIS ANTONIO DE SOUSA, AMIGO DO DECLARANTE; QUE NA AVENIDA JOAQUIM LOPES PEDROSA, O DECLARANTE AFIRMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU DEPOIS DE UM OUTRO MOTOCICLISTA "TIRAR UM FINO" DO DECLARANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS; QUE O ACIDENTE RESULTOU EM ESCORIAÇÕES EM SEU CORPO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO WAGNER GOMES RODRIGUES - MAT.: 198842-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

OTAVIO DUARTE VIEIRA COUTINHO - MAT.: 300523-1-5

VISTO DO DELEGADO(A) :

NOBRE SEGURADORA
13 JAN 2016

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

-Pág. 1 de 1-

Impresso em: 12/11/2015 09:26

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Abdon Zaramas de Souza, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 \*T3%\*



Abdon Zaramas de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

NOBRE SEGURADOR,

13 JAN 2016

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: 04/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABDON ZACARIAS DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440-2

CONTA: 00000001466-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO412201705000000000237054400000000146684375 PAGO

3791096-5

Pela internet, seu smartphone, tablet ou computador que tenha o aplicativo contendo.

Agência Estadual de Energia Elétrica  
Sob escuta da Lei nº 10.442  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Av. Padre Albino, 150  
CEP 60135-000 | Fortaleza/CE  
CNPJ 070422510001-70 | CGF 06.105.843-0

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

Nota 06 39000 03 015000 - 3 Data de Emissão 496427824  
Nome ABOON ZACARIAS DE SOUSA 11/10/2017  
End. Postal RU CORNELIO ROSA 00848  
ALTO DA BOA VISTA - NOVA RUSSAS - 62200-000  
Mídia 441724 Posto 0000 A30W  
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência 0,80  
RG/CPF/CNPJ 590932267-20 GEF 0,00  
Nome do Responsável



## DATAS

Mês do Referência	Data de Abertura	Próximo Leitura	INDÍCIO DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Out/2017	11/10/2017	11/11/2017	Veja a legenda no verso dessa conta. Conjunto: NOVA RUSSAS
			Mês: Out/2017 ESG: 0,10
			Padrão: B (Bom) Alteração individual: Máscara: Tens. Atual: Mercado: Tens. Anual:
			ISENO: DIC: 0,00 16,65 21,93 0,00 0,00 0,00
			ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL: FC: 0,35 5,72 13,45 0,00 0,00 0,00
			DMIC: 0,11 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lel. Atual	Lel. Anterior	Consumo (Min)	Coef. Ind.	Consumo (Wh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7475	7455	0,00	5	0,00	0,62500	21,55

11/10/17 12/09/17 23/09/17 21,55  
DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 21,55  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 21,55  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 2,16  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 1,10 ) 24,43

19/10/2017

48,14

Contato

88-99708-8444  
88-99290-4404

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,15
Transmissão	1,02
Distribuição	6,91
Encargos Setoriais	2,30
Itens da FIESC (FINAE)	1,07
<b>TOTAL</b>	<b>21,55</b>

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

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

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (R\$CO<sub>2</sub>)

17,72 0,00 0,00

PARA COMPENSAR SUA DÉBITO EM DEBITO EMISSÃO UTILIZE  
Este número é o valor que você deve investir.

Parâmetros da Fatura R\$ 1,07 referente a R\$ 0,62500 (0,62500) R\$ 0,500 e 0,07500 (0,07500)

Nº do Cliente: 3791096-5 Referência: Out/2017  
Data de Emissão: 11/10/2017 Total a Pagar (R\$): 48,14  
Nº da Nota Fiscal: 496427824 Nº da Conta: 0003791096 00097 39072 33  
83880000000-3 48140010000-9 00037910960-3 00973907279-3



**SAAE** SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS **CONTA D'ÁGUA**

Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62-200-000  
Nova Russas - CE - Fone: (85) 3872-1212

INSCRIÇÃO: 00.007.690.399/0001.29

Insc. Est.: ISENTO

0009805.3

CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO	PRONTO	EMISSÃO	MES/FAT.
PAR	***	R-1	001	01/04/98	159150515	14/10/15	10/2015

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ABDON ZACARIAS DE SOUSA  
RUA CORNELIO BOZA, 848  
ALTO DA BOA VISTA  
NOVA RUSSAS

CEARA

LOCALIZAÇÃO  
00.00.05.0000002230

ENDERECO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

**HIDROMETRIA**

HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO
100357	03/07/2009
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA
000305	03/09/2015
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA
000517	06/10/2015
CONSUNTO	DIAS DE CONSUMO
00012	033
OCUPAÇÃONIA	LETRURÍSTIA
000	009

CÓD.

**SERVIÇOS E TARIFAS**

DESCRIÇÃO	CR	PREST.	VALOR
001 ÁGUA			
016 MULTA POR ATRASO - 08/2015		01	22,66
017 ENCARGOS (08/2015) 20 DIAS	02	0,31	0,20

**ULTIMOS CONSUMOS**

MES/FAT.	CONS.	CONS.	MES/FAT.	CONS.	CONS.
ABR/15	00009	00	MAI/15	00005	00
JUN/15	00008	00	JUL/15	00004	00
AGO/15	00010	00	SET/15	00007	00
MÉDIA	00007				

**PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA**

Portaria 518 do 28/03/2004 - Valores máximos permitidos

Reservatório: Data:

Parametros	Car	CH	Cloro	Fibulos	Rúx	Col. Total
Padrão	Af 1500	6,6 a 2,6	214,50	0,0000	22,25 mps	Ausente
Otorgado						

MES/FAT. ENCARGOS DIARIOS MÉS(ESE) EM DENTRO

2% 0,46 0,03% 0,01 SET/15

VENCIMENTO  
Consumidor

03/11/2015

VALOR R\$

23,17

contat

88 997088444

88 992904404

88 36720732

DOCUMENTO 2 T2%



13 JAN 2016



0031

Impronta

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUÍZ ANTONIO DE SOUSA,  
RG nº 28.597.3294, data de expedição 11/11/2014,  
Órgão SST - CE, portador do CPF nº 805.860.151-91, com  
domicílio na cidade de NOVA RUSSAS, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ENAPOLCAO MOURA, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_,  
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de  
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ABDON ZACAPIAS 36 ANOS.

Veículo: MOTO  
Ano: 2014  
Modelo: HONDA NXR 150 Branca  
Placa: PMA0950  
Chassi: 9C2K90S5062216425  
Data do Acidente: 16/10/2015

Local e Data: NOVA RUSSAS, 04.03.2016

Luiz Antônio de Sousa  
Assinatura do Declarante

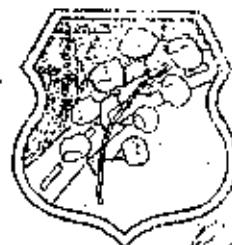
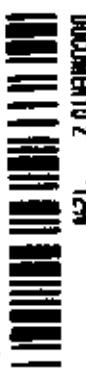
*CARTÓRIO  
1º OFÍCIO  
NOVARUSSAS*

CONHEÇO (s) (m) (a)s de <u>luiz antonio de sousa</u>	
<input type="checkbox"/> por autenticidade ( ) por semelhança Em testemunha ( ) da verdade.	
Nova Russas - CE	
<u>040316</u>	
<input type="checkbox"/> Pedro Henrique Zanini Rebello <input type="checkbox"/> Lucio Barreira Aguiar Pachá - Substituto <input type="checkbox"/> Maria Magalhães Rodrigues - Exercício Contratado	
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

Marcio Magalhães Rodrigues  
Preveniente Comprovação

DOCUMENTO 4 \*T4%





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA PRATA

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

## **SOLICITUD DE ATENCIÓN DE PACIENTE EN ER**

Aug 15 1975

Nº

Date: 10/10/11

## **1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Name: Adan, Tacones de Nigro.

Est. Civil: 109/1521CD

Sex:  M

Data do Nascimento:

300744

Idade: 27/01

Naturalidade: MOLDAVIA

Procedência: DA GUARAPARI

Residência: Lagoa das Rosas - RJ 48 - Jacarepaguá  
Filiado: 1962-1963

Filiação: 1985.09.0101 Boca 2100,00

Conjuge: Wizyta Feliciana de Paiva

**2. QUEIXA PRINCIPAL:** - Perdida de peso + dor localizada.

2. HISTÓRIA ATUAL

### **3. HISTÓRIA ATUAL: APÓS GUERRA DO MUNDO**

4. PESO.....KG

~~5.P.A. 100 & 100~~ 6. TEMPERATURA

EXAMES SOLICITADOS:

Dr. Marcelo Tavares Nonino

MÉDICAL

CRM-2008 Média

Assistente do Médico

**Ass. do Paciente ou Responsável**

REF ID: A09164



**NOVA  
RUSSAS**  
GOVERNO MUNICIPAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Secretaria de Saúde do Município - SSM  
Sistema Único de Saúde - SUS

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

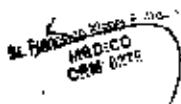
Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO MÉDICO

A festo para os devidos fins, que  
 Aylan Zecchin de Souza foi vítima de  
 acidente de trânsito, ocorrido em 16/10/15,  
 apresentando lesões fraturárias no fêmur - I  
 e fôrnix - E com limitação dos movimentos  
 e deformidades de 50%, submetido a traço-  
 mungo conservador. Encontra-se em estadi-  
 o definitivo neste dia.

04/04/16  
Data



Carimbo e Assinatura

**CRIANÇA AMAMENTADA TEM MAIS SAÚDE**

Ref.: 001 - GRU

19 ABR 2016

**DOCUMENTO 6 "T6%"**



Digitized by srujanika@gmail.com



-८८१२-

**BRAZILIAN FEDERATIVE REPUBLIC**  
MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS  
DEPARTMENT OF JUSTICE AND SECURITY  
NATIONAL MIGRATION AND TRANSIT  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

**NAME:** RAIMUNDO DOCA ZACARIAS DE SOUSA

**NUMBER:** 1548356

**SEX:** M

**DATE:** 30/07/1946

**MARITAL STATUS:** MARRIED

**PARENTS:**

- RAIMUNDO DOCA ZACARIAS
- LÚCIA FELIZARDA DE SÁTIVA

**ADDRESS:** CRATEUS, CE

**ISSUE DATE:** 20/10/2017

**EXPIRATION DATE:** 14/07/2001

**ISSUED BY:** SEM OBSERVAÇÃO

**REMARKS:** Colaborador da polícia

**STAMP:** 1 - Vef - 2-69  
CORREIO MECÂNICO DE FONTE  
ADMINISTRAÇÃO DE CRATEUS

**STAMPS:**

- DATA: 06/11/2014
- 03547546501
- CE164302527

**CODE:** 1029010209

**PHOTOCOPIED AUTHORITY:** PHOTOCOPIADO AUTORIZADO

1029010209  
- Refinitiv Datastream

11.029010209

**LAURE SECURADOURR**

-13- JAN 2001

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438156/17

Vítima: ABDON ZACARIAS DE SOUZA  
CPF: 590.932.267-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2015

Titular do CPF: ABDON ZACARIAS DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de Identificação  
Outros

**ABDON ZACARIAS DE SOUZA : 590.932.267-20**

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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 01/11/2017  
Nome: ABDON ZACARIAS DE SOUZA  
CPF/CNPJ: 590.932.267-20

Data do cadastramento: 13/11/2017  
Nome: Renata Maria de Abreu e Silva  
CPF: 079.711.327-43

ABDON ZACARIAS DE SOUZA

Renata Maria de Abreu e Silva

# SOCIEDADE CIRACÃO DE PUCICIA

GEN HO, AMAGS OCT 21 SOL CIR

PERICIA MERICA POLYADRA MARCADA

MAO PODE COMPARECER POR MOTIVO

4  
C  
5  
D

\* Edison invented the phonograph.

## **Renata Abreu**

---

**De:** Solicitação 06  
**Enviado em:** segunda-feira, 6 de novembro de 2017 10:23  
**Para:** Renata Abreu  
**Cc:** Ricardo Tadeu  
**Assunto:** RES: SOLICITAÇÃO DE PROCESSO PARA RECADASTRAMENTO

Prezados, Bom dia!

A solicitação foi efetuada com previsão de entrega pela prestadora em 07/11 até às 18 horas. O processo será entregue em 08/11 para a área solicitante.

## **Elisangela da Costa de Santana**

Assistente Administrativo  
[elisangela.santana@seguradoralider.com.br](mailto:elisangela.santana@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 7206



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** Renata Abreu  
**Enviada em:** segunda-feira, 6 de novembro de 2017 07:33  
**Para:** Solicitação 06  
**Cc:** Ricardo Tadeu  
**Assunto:** SOLICITAÇÃO DE PROCESSO PARA RECADASTRAMENTO

Bom dia!

ASL-0018386/16 - 3160032527 - ABDON ZACARIAS DE SOUZA

## **Renata Abreu**

Gerência de Revisão de Sinistros  
[renata.abreu@seguradoralider.com.br](mailto:renata.abreu@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 7375



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)