

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

Carta nº 11992344



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: INTERRUÇÃO 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** 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 nº: 12068713

A/C: ABDON ZACARIAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170601582
Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **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 complicação.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

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 Farias Melo
MÉDICO
CREMEC: 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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



0014

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, ADON ZACARIAS DE SOUSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1548566 EXPEDIDO POR SSP-AC EM 1 / 1 / 2015

CPF 5900932267-20 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO mao de obra

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ADON ZACARIAS DE SOUSA 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 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), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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, ITAU 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 ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

10/11/2015 27 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

Adon Zacarias de Sousa

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 ou dependente/s legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721104.

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 5440
Conta 0622861-1	Valor	1,00

Favorecido:
Banco 237
Agencia 5440 / NOVA RUSSAS
Conta 0001456-4

Titular: ABDON ZACARIAS DE 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

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

Obrigado
Tenha um bom dia

NOBRE SEGURADORA

13 JAN 2016



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **ABDÔN 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 LHE RESULTOU EM ESCORIAÇÕES EM SEU CORPO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

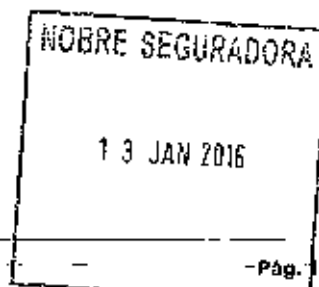
FRANCISCO WAGNER GOMES RODRIGUES - MAT.: 198842-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

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

x Luis Antonio de Sousa



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 ZACARIAS DE SOUSA, 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 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.

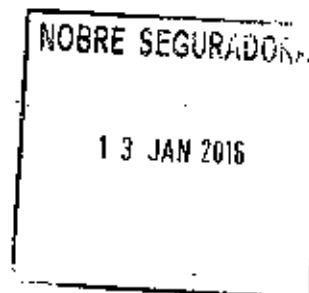
DOCUMENTO 3 T3 4/1



Abdon Zacarias de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



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: 000000001466-4

Nr. Autenticação

BRADESCO041220170500000000002370544000000000146684375 PAGO

Nº do Cliente: 3791095-5 Referência: Out/2017
Data de Emissão: 11/10/2017 Total a Pagar (R\$): 48,14
Nº da Nota Fiscal: 496427824 Nº da Controle: 0003791096 00097 39072 33

8388000000-3 4814001000-9 00037910960-3 000973907279-3





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS

Rua General Sampaio - Nº 1152 - Bairro: Centro - CEP: 62-200-000
Nova Russas - CE - Fone: (88) 3672-1212

CONTA D'ÁGUA

INSCRIÇÃO
0009805.3

CLE CAT TAR ECD INCLUSÃO EM INSC. Est.: ISENTA EMISSÃO

PAR *** R-1 001 01/04/98 159150515 14/10/15

MÊS/FAT. **10/2015**

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

CEARA

LOCALIZAÇÃO

00.00.05.0000002230

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA

HIDROMETRO DATA INSTALAÇÃO
100357 01/07/2009
LEITURA ANTERIOR DATA LEITURA
000305 03/09/2015
LEITURA ATUAL DATA LEITURA
000517 06/10/2015
CONSUMO DIAS DE CONSUMO
00012 033
CONTINÊNCIA LEITURAS
000 009

SERVIÇOS E TARIFAS

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

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS/FAT	CONS.	DATA	MÊS/FAT	CONS.	DATA
ABR/15	00009	00	MAI/15	00005	00
JUN/15	00005	00	JUL/15	00005	00
AGO/15	00010	00	SET/15	00007	00
OUT/15	00007				

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos
Reservatório: Data:
Parâmetros: Cor, pH, Cloro, Turbidez, Flúor, Col. Total
Até 10 UH, 6,6 a 8,5, até 0,5, até 5 UT, até 2,5 npt, Ausente
Odores:

MENSAGEM

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MÊS(ES) EM DÉBITO
2% 0,46 0,03% 0,01 SET/15

VENCIMENTO

03/11/2015

VALOR R\$

23,17

contul

88 992088444

88 992904404

88 36720732

DOCUMENTO 2 "T2"



SARE SECUNDARIA

13 JAN 2016



700311

Imatrigado

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUÍZ ANTONIO DE SOUSA
 RG nº 285973294 data de expedição 1/1
 Orgão SSP-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)
ENAPOLSAO MOIRA 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 ZACARIAS DE SOUSA

Veículo: MOTO
 Ano: 2014
 Modelo: HONDA MXR 150 BWS
 Placa: PMA 0950
 Chassi: 9CZK9085506R216425
 Data do Acidente: 16.10.2015

CARTÓRIO
NOVA RUSSAS
1º OFÍCIO

Local e Data: NOVA RUSSAS, 04.03.2016

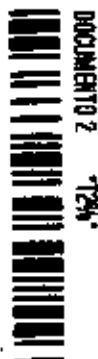
Luiz Antonio de Sousa
Assinatura do Declarante

52-A GRV INSCRIÇÃO DE PLACA Nº - 84 869772	Reconheço a(s) firma(s) de <u>Luiz Antonio de Sousa</u>
	<input type="checkbox"/> por autenticidade () por semelhança Em test. <u>—</u> da verdade.
	<u>NOVA RUSSAS - CE</u> <u>04.03.16</u>
	<input type="checkbox"/> Pedro Vinícius Zaki - Tabelião <input type="checkbox"/> Lúcio Barreira Aguiar Palma - Substituto <input type="checkbox"/> Márcio Magalhães Rodrigues - Escrevente Contratado
VALDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

Márcio Magalhães Rodrigues
Escrevente Compromissado

DOCUMENTO 4 *T46*





DOCUMENTO 2 72%



Sistema de Informação em Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FRIBURGO

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Rm 1547500

Nº

Data

SVS 898 0032 8195 3818

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Adair Talarin de SouzaEst. Civil: casadoSexo: M

Data do Nasc

30.07.44Idade: 71aNaturalidade: Nova RussosProf.: aproveitadoProcedência: da sua cidadeResidência: casado Rm 1547500Filiação: Gregório de Souza TalarinCônjuge: Regina Talarin de Souza2. QUEIXA PRINCIPAL: com tontura + com tontura piratatontura os quatro - apresenta dificuldade de andar sozinho3. HISTÓRIA ATUAL: após queda do muro4. PESO KG:

5. P.A.

200 x 100 mmHg

6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

Ass. do Paciente ou Responsável

Dr. Tarcísio Tavares Nogueira

MÉDICO

CRM-2088

Assinatura do Médico

13 JAN 2016

NOME SECRETARIA

REF: 009-HJN

**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

*Atesto para os devidos fins, que
Abdon Zacarias da Souza foi vítima de
acidente de trânsito, ocorrido em 16/10/15,
apresentando lesões fraturas no joelho - D
e fêmur - E com limitação dos movimentos
e deformidades de 50%, submetido a próte-
se conservadora. Encontra-se em estado
definitivo neste data.*

04/04/16

Data

Carimbo e Assinatura

CRIANÇA AMAMENTADA TEM MAIS SAÚDE

Rev. 001 - GRU

19 ABR 2016

DOCUMENTO 6 "T69/a"



"0012"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA NACIONAL
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
RAIMONDO DOCA ZACARIAS DE SOUSA

FOTO

DOCUMENTO / DATA EMISSÃO DE
1588366 83V DP

CPF
580.932.267-20

DATA NASCIMENTO
30/07/1944

PAÍS
BRASIL

RAZÃO
RAIMONDO DOCA ZACARIAS
LUIZA FELIZARDA DE
SAIVA

PROFISSÃO
[blank]

ACC
[blank]

CORR
A

Nº IDENTIFICAD
01885993309

VIGÊNCIA
20/10/2017

NUMERAÇÃO
14/07/2001

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO.

Raimundo Doça Zacarias de Sousa
Assinatura do titular

LOCAL
CHATEAUX, CE

DATA FOLIO
06/11/2014

[Signature]
Assinatura do titular

03547546501
CE164302527

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1029010209

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1029010209

COBRE SEGURADORA

13 JAN 2016

0028-

ASL-0438156/17
Vítima: ABDON ZACARIAS DE SOUZA
CPF: 590.932.267-20

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**

Sinistra

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de JML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros

ABDON ZACARIAS DE SOUZA ; 590.932.267-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

- 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
<p>Data da entrega: 01/11/2017</p> <p>Nome: ABDON ZACARIAS DE SOUZA</p> <p>CPF/CNPJ: 590.932.267-20</p>	<p>Data do cadastramento: 13/11/2017</p> <p>Nome: Renata Maria de Abreu e Silva</p> <p>CPF: 079.711.327-43</p>
ABDON ZACARIAS DE SOUZA	Renata Maria de Abreu e Silva

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA

VENHO AMIGOS DESTA SOLICITAR
PERÍCIA MEIOCA POIS NA DATA MARCADA
NÃO PODE COMPARECER POR MOTIVO
JUSTO.

*Haben zecaruael de Souza

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.

Elisângela da Costa de Santana

Assistente Administrativo

elisangela.santana@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 7206



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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 7375



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](#)