

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9196678

A/C: EVANDRO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160344657 ASL-0904843/16
Vitima: EVANDRO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 23/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO BEZERRA RAMOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2016

Carta nº: 9216962

A/C: EVANDRO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160344657 ASL-0904843/16
Vitima: EVANDRO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 23/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO BEZERRA RAMOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/06/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2016

Carta nº: 9769266

A/C: EVANDRO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160344657 ASL-0904843/16
Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 23/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO BEZERRA RAMOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9903255

A/C: EVANDRO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3160344657 ASL-0904843/16
Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA
Data Acidente: 23/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO BEZERRA RAMOS

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: **EVANDRO PEREIRA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **0000021457-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN



AT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

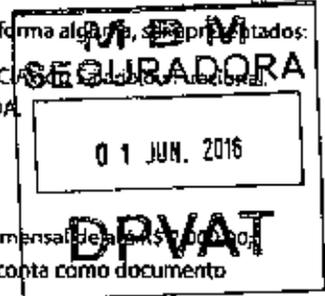
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Evandro Pereira Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 96029142606 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 24/05/196 E
 CPF 002330362-85 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO plumbeiro em exerc.
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Evandro Pereira Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUpanÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00329 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21457-0

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.

Edonorte 01 de junho de 2016, Evandro Pereira Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MBM
SEGURADORA

01 JUN. 2016

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

Nome do(a) Examinado(a): Evandro Pereira Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Zelia de Sa, 33
Brejo Seco Juazeiro do Norte CE CEP: 63038-160
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [08/10/2016] Juazeiro 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 CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO
FRATURA DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR**

- 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?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO, NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR
Data da alta: AGO/2016
TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR
Complicações: AUSENTE

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

(X) 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.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DA MÃO PELA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

Mão - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

SEM SEQUELA NO JOELHO ESQUERDO

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


Dr. Evandro Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7674 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/05/2016 09:32:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2016 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VIRGÍLIO TÁVORA**
 Complemento:
 Bairro: Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência:

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
 POLÍCIA CIVIL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVANDRO PEREIRA SILVA**
 Nascimento: **13/04/1970** CPF: **002.330.363-85**
 RG: **96029142606** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA FERREIRA PEREIRA**
JOAQUIM PEREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA MARIA ZELIA DE SÁ, 33**
 Bairro: **BRÊJO SECO** CEP:
 Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQZ3918** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JC30708R771035 Renavam: **158024591** Tipo de Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
 Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível:
GASOLINA Cor: **CINZA** Proprietário: **FRANCISCO FIRMINO NETO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido(a) das penalidades cominadas ao crime de falsa testemunho, relata a Vítima/Noticiante **QUE NÃO É HABILITADO** e conduzia a Motocicleta acima identificada, de modo que, foi "fechado" por um automóvel de placa não anotada, sofrendo trauma em punho e fratura em dedos da mão esquerda, sido socorrido por populares para a UPA 24h. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

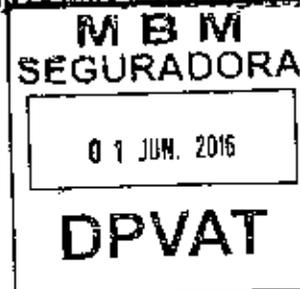
[Assinatura]
JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura]
Evandro Pereira Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

[Assinatura]
CICERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 108405-1-3





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **EVANDRO PEREIRA SILVA**, portador do RG nº **96029142606**, expedido pelo **SSP CE** e inscrito no CPF sob o nº **002.330.363-85**, residente e domiciliado à RUA MARIA ZELIA DE SA, 33, BREJO SECO, CEP: 63.038-160, JUAZEIRO DO NORTE - CE, 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.

Juazeiro do Norte CE - 01/06/16
Local / Data

Evandro Pereira Silva
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação





UPA 24h Juazeiro do Norte

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: ...



CNPJ: 09.622.100/0001-46
Telefone: () -

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 23/04/2016
Hora: 19:40

Data de Saída: 23/04/2016
Hora de Saída: 19:40

Paciente

Nome: 11134 EVANDRO PEREIRA SILVA

Responsável: EVANDRO PEREIRA SILVA

Nasc: 12/04/1978 Idade: 38

Mãe: ANTONIA FERREIRA PEREIRA

Telefone() - Celular: (88) 8833-9342

Endereço: RUA MARIA ZELIA SA BARRETO, 33, BREJO SECO -

CEP: - Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 960291426608 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixa Principal

paciente vítima de trauma de moto - com queixa de dor em punho esquerdo e e joelho esquerdo com edema em punho e escoriações em joelho solicito rx de punho e antebraço. analgesia

Comprovação do ato declaratório pág 1/2

Antecedentes Médicos

Exame Físico

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M796

Tratamento



MOISES EDERLANIO TAVARES DE
CRM: 14387 / CE

Diretor Médico



RECEITUÁRIO

P/ Evandro Pereira Silva
Ao Ortopedista

Paciente apresentando fratura simples em 2^a e 4^a metacarpo (esquerda) secundária a trauma automobilístico.

Sobito edema e dor.

Grds

→ 23.04.16

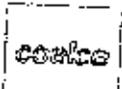
→ 
Dr. Moisés Eberlino
Médico
CRM-CE 14.387

Complemento "Comprovação do ato"
pág 2/2



Nº DO CLIENTE
3428261-0

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.



Para obter mais informações, consulte o site www.coelba.com.br ou o telefone 0800-0000000.

Rua Padre Valdeonir, 150
CEP 40135-040 - Fundação CC
CNPJ nº 047.251.000/170 - CEP 06.104-883

Rate 03 13000 27 670200 - 9 Data de Emissão 05/04/2016

Nome EVANDRO PEREIRA SILVA
End. Postal RU MARIA ZELIA DE SA 00033
BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE - 53000000 63038-160
Medidor Z3020229 Poste 0000 D81K
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ: 002330363-85 CGF

contatos:
(88) 98823.6019
(88) 99600-7454

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima leitura	Veja a leitura Conjunta	Fez 2016	US\$ 12,75
Abr/2016	05/04/2016	05/05/2016			

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto	Mescl	Trim.	Anual	Atual	Trim.	Anual
ISEM6			DIC	5,09	10,15	29,90	6,00	0,00
			PLC	0,23	0,47	12,95	6,00	0,03
			DMIC	2,86			0,00	

Let. Anual	Let. Anual	Cont.	Consumo (kWh)	Cons. Inst.	Cons. Pot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5792	5529	1,30	72	3,00	46	0,27,20	16,40

VALOR CONSUMO DO MES 16,40
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,97

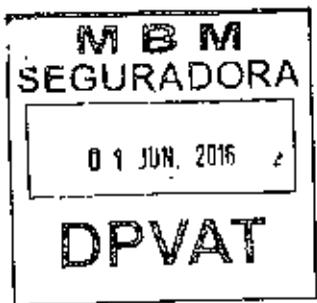
VENCIMENTO 12/04/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 17,37

Composição das Vantagens pelo Consumo de Energia Elétrica au nível do Estado		Contribuição Ecológica (CCE)	
Compensação por Vantagens pelo Consumo de Energia Elétrica au nível do Estado (R\$/kWh)	31,55	Contribuição Ecológica (CCE) (R\$/kWh)	0,00

| Consumo (kWh) |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 72 | 73 | 71 | 61 | 65 | 79 | 81 | 67 | 68 | 68 |

Informações importantes e avisos de vencimento
Estamos expandindo o cardênis e por isso temos novos cartões para contato em regiões. Para consultar os números acesse nosso site www.coelba.com.br

A COELBA AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CICERO BEZERRA RAMOS, portador(a) do

RG nº CNH - 04784186791, expedido por DETRAN CE, em

22 / 01 / 2015, CPF/CNPJ nº 869.626.803-25,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Evandro
Perreira Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Evandro Perreira Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: SERRALHEIRO Renda Mensal: R\$ 880,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE PROFISSÃO E RENDA

CICERO BEZERRA RAMOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

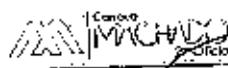
Eu, Francisco Finimmoneto
 RG nº 20086555337 data de expedição 25/10/2013
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 768.825.273-34, com
 domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de
CEARA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ALGUSTO DIAS DE OLIVEIRA nº 428,13
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Evandora Pereira Silva cujo o condutor era
Evandora Pereira Silva.

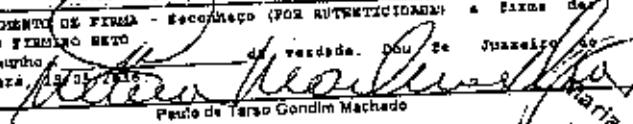
Veículo: MOTO FAN
 Modelo: HONDA CG 125
 Ano: 2008
 Placa: NRZ 3918
 Chassi: 91C2JC30908R771035
 Data do Acidente: 23/04/16
 Local e Data: Juazeiro do Norte, CE. 13/05/16



Francisco Finimmoneto
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)


 O PAULO DE TARSO G. MACHADO SR. CIENTISTA ESCRIVÃO (SR. JOÃO G. MACHADO) SR. JOSÉ S. M.
 R. São Francisco, 945 | Centro | Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63010-710 | paulo@tarso.com.br
 Fone: (38) 3512.1341 / (353) 2312.1518 / (359) 3212.4281
 Ofício

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Escritório (POR AUTENTICIDADE) e Firma de
FRANCISCO FINIMMONETO
 Em testemunha da verdade. Dou de Juazeiro do
 Norte-Ceará, 13/05/2016

 Paulo de Tarso Gondim Machado

6510876 [EX:2,30][FE:0,15][SE:0,01][FA:0,11][ISS:0,0F][R:1,00]
 Sr. Paulo de Tarso G. Machado Sr. Casimiro A. G. Machado Sr. João C. Machado


 Nº 87-60047

M B M
SEGURADORA
 01 JUN. 2016
DPVAT



UPA 24h Juazeiro do Norte

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N

Cidade: JUAZETRO DO NORTE

E-mail: ...



CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: () -

Data: 23/04/2016
Hora: 19:40

Data de Saída: 23/04/2016
Hora de Saída: 19:40

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Paciente

Nome: 11134 EVANDRO PEREIRA SILVA

Responsável: EVANDRO PEREIRA SILVA

Mãe: ANTONIA FERREIRA PEREIRA

Endereço: RUA MARIA ZELIA SA BARRETO, 33, BREJO SECO -

Nasc: 12/04/1978 Idade: 38

Telefone() - Celular: (88) 8833-9342

CEP: - - Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 960291426606 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixa Principal

paciente vítima de trauma de moto - com queixa de dor em punho esquerdo e e joelho esquerdo com edema em punho e escoriações em joelho
solicito rx de punho e antebraço.
analgesia

Antecedentes Médicos

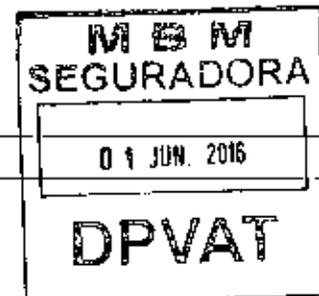
Exame Físico

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 M796

Tratamento



MOISES EDERLANIO TAVARES DE
CRM: 14387 / CE

Diretor Médico



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

P/ Evandro Pereira Silva
Ao Ortopedista

Paciente apresentando fratura segmentar em es. 3^a
e 4^a cervicais (esquerda) secundária a trauma
automobilístico.
Solicito avaliação e conduta.

Grato



23.04.16

Moisés Eberlino
Dr. Moisés Eberlino
Médico
CRM-CE 14.387

Dr. Jofrônio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)



Atesto para os devidos fins que Evandro Pereira Silva sofreu acidente de moto no dia 23/04/2016 que resultou em profuso no mão (2º, 3º e 4º quíndro-falo), esquerdo. Recebeu tratamento (imobilização e fisioterapia) com alto déficit, porém apresenta sequelas motoras (limitação de 80% do movimento do mão esquerdo).

18/08/16

Dr. Jofrônio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalyse

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332



Documento de Identificação
+0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
195629142664
EVANDRO PEREIRA SILVA
JOAQUIM PEREIRA DA SILVA E UNTO
FERREIRA PEREIRA
1937 L. H. F.
CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
D. R. Justeire


Evandro Pereira Silva
CARTEIRA DE IDENTIDADE

M B M
SEGURADORA
01 JUN. 2016
DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **002.330.363-85**

Nome da Pessoa Física: **EVANDRO PEREIRA SILVA**

Data de Nascimento: **12/04/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/11/2001**

Digito Verificador: **00**

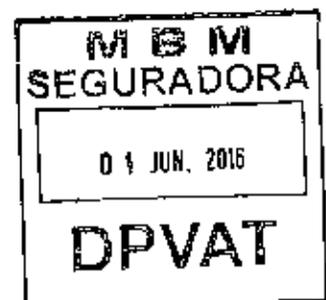
Comprovante emitido às: **09:11:14** do dia **01/06/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **3B1B.9BBB.F684.D4D0**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **869.626.803-25**

Nome da Pessoa Física: **CICERO BEZERRA RAMOS**

Data de Nascimento: **20/01/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/03/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:15:09**: do dia **01/06/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A2F7.AED3.25A4.02E9**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344657

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA

Data do acidente: 23/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO;
FRATURA DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS;
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/10/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA NO JOELHO ESQUERDO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344657

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA

Data do acidente: 23/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura em 2º, 3º e 4º quirodáctilos esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não definido

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Sinistro indefinido, com menos de 60 dias, sem prognóstico.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344657

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA

Data do acidente: 23/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura em 2º, 3º e 4º quirodáctilos esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160344657

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO PEREIRA SILVA

Data do acidente: 23/04/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO;
FRATURA DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS;
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM DISCRETO EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS E HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/10/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA NO JOELHO ESQUERDO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EVANDRO PEREIRA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: ALIMENTADO P^o PROD., portador(a) do RG 96029142606, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 002.330.363-85, residente no(a) MARIA ZELIA DE SÁ
 nº 33, bairro: BREJO SECO, município: JUAZEIRO DO NORTE CE

OUTORGADO:

Nome: cicero bezerra ramos, brasileiro(a), estado civil: solteiro
 Profissão: serralheiro, portador(a) do RG 97029178656, órgão expedidor SSP CE
 e do CPF: 86962680325, residente no(a) Ivani feitosa
 nº 766, bairro: tiradente, município: juazeiro do norte / ce

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Evandro Pereira Silva

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 11/05/16

Evandro Pereira Silva
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO

CV

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
 Rua São Pedro, 751 - Centro - Juazeiro do Norte/CE CEP: 63010-010
 Fone: (88) 9511-4625 / 3587-1807
 B/P. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: EVANDRO PEREIRA SILVA DO R.E. Juazeiro do Norte-Ceará, 11/05/2016

Diego Horácio R. Soares

Selo:

RSS: 6011TT 0.001

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
 Diego Horácio R. Soares
 - ESCRIVENTE -

