

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Nº Sinistro: **3170643992**

Vitima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170643992**.

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 12082432



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Nº Sinistro: **3170643992**

Vitima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170643992**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Nº Sinistro: **3180066886**

Vitima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180066886**.

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 12361290



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LOPES MOTA
Nº Sinistro: 3180066886
Vitima: MARIA LOPES MOTA
Data do Acidente: 27/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180066886**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LOPES MOTA

Nº Sinistro: 3180066886

Vitima: MARIA LOPES MOTA

Data do Acidente: 27/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180066886**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12441974



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LOPES MOTA

Sinistro: 3180066886

Vítima: MARIA LOPES MOTA

Data do Acidente: 27/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

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 3180066886** 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, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Sinistro: **3180066886**

Vítima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

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 3180066886** 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, 12 de Maio de 2018

Carta nº: 12793879

A/C: MARIA LOPES MOTA

Nº Sinistro: 3180066886
Vítima: MARIA LOPES MOTA
Data do Acidente: 27/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

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: **MARIA LOPES MOTA**

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

Banco: **237**

Agência: **000005441-0**

Conta: **00000679514-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 911994253-20	Nome completo da vítima MAMA LOPES MOTA
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MAMA LOPES MOTA	CPF titular da conta 911994253-20	Profissão ADMINISTRADORA
Endereço ST. DOS MILITARES	Número	Complemento
Bairro ZONA LARANJEIRA	Cidade QUATROCOLAS	Estado CEARA
Email	CEP 63650000	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

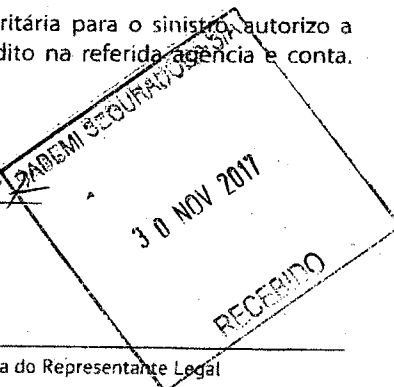
<input checked="" type="checkbox"/> BECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. 5044 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0679514 D/V 5 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Quatrolas 24 de **OUTUBRO** de 2017
Local e Data

mama lopes mota
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	911994253-20	MARIA LOPES MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARIA LOPES MOTA	911994253-20	ALMOXARIFE
Endereço	Número	Complemento
ST. DOS MILHONS		
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	OURICANGA	CEARA
Email	CEP	Telefone (DDD)
	63650000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
5841	0679514		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

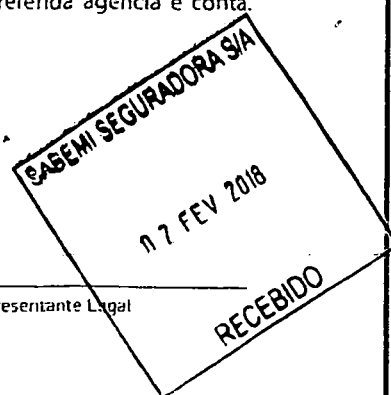
OURICANGA 24 de OUTUBRO de 2017

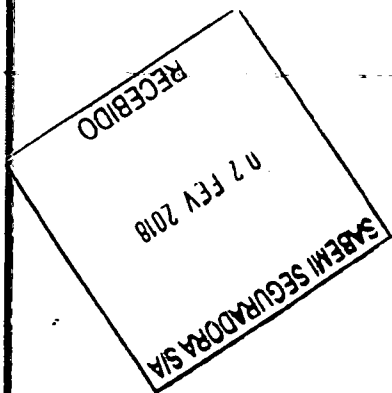
Local e Data

MARIA LOPES MOTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





NOTA FISCAL
COMPROMISSO DE SABER DE
FORMA FISCAL
DATA: 13/09/2017 HORA DE BRASLIA: 09:51
AGENCIA: 0541 - NOVO ORIENTE
CUNTA: 00000000000000000000
NOME: MARIA LUIZ MUIA
TIPO CARTAO: 2
VIA CARTAO: 03
VALOR: 252,36
AG. BRADESCO: 5441 - NOVO ORIENTE
PACS: 00000000000000000000
NSU: 028131211039 AUTENTICACAO: 044978
CONSERVE ESTE RECIBO
COMPROVADO NA VIDA VENCIDA EM
NAUTISMO
PRADO CLIENTE VOLTAR TEM UMA
PROPOSTA DE CREDITO CONSIGNADO:
VALOR MAXIMO PARCELA: R\$ 252,36
FALE COM O ATENDENTE E CONTRATE AGORA
OBYATKKA BRASLIA
0380 727 9933
VIA FISCAL

**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

Número do Sinistro: 3180066886
Nome do(a) Examinado(a): Maria Lopes Mota
Endereço do(a) Examinado(a): Sr dos Miltons, S/N (88)9912-6397
Zona Rural Quiterianópolis CE CEP: 63650-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20172507299
Data local do acidente: [27/06/2017]
Data local do exame: [08/05/2018] Crateús [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE QUITERIANÓPOLIS, ONDE FOI IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE FEZ 03 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta:

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AUMENTO DE VOLUME DO PUNHO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE MODERADA DO PUNHO ESQUERDO, PELO AUMENTO DE VOLUME, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

☐ "Sem sequela 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 (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ **50% médio** ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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



Dr. Andre de Oliveira Leal

CPF - 029.258.907-76

CRM/CE - 16566



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2582 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2017 08:59:03**
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **SITIO DOS MILTON**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
Ponto de Referência: **SITIO DOS MILTON**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LOPES MOTA**
Nascimento: **02/11/1956** CPF:
RG: **343088199** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IZABEL MOTA**
JOÃO LOPES MOTA
Endereço: **SITIO MILTON / ANGICAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **EDITE LOPES DE MACEDO**
Nascimento: **29/09/1994** CPF: **064.524.833-90**
RG: **2007721886-2** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LOPES MOTA**
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
Endereço: **SITIO DOS MILTONS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.650-000**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORS8230** Uf: **CE** Município: **QUITERIANOPOLIS** Chassi:
9C2KD0550ER113681 Renavam: **1014826788** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **IVAN LOPES DE MACEDO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, tendo como garupeira sua mãe **MARIA LOPES MOTA**, o pneu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o controle da motocicleta, no que sua mãe calu da garupa e sofreu fratura no punho esquerdo. Acrescenta que a socorreu para o Hospital de Quiterianópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de **IVAN LOPES DE MACEDO** e **IVAN LOPES DE MACEDO**. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 588 - 5885 / 2017

Dados da Ocorrência

Ponto de Referência: SÍTIO DOS MILTON
Bairro: ZONA RURAL
Município: QUITERIANÓPOLIS/CE
Complemento: SÍTIO DOS MILTON
Endereço da Ocorrência: ESTRADA DE TERRA
Data / Hora da Ocorrência: 23/08/2017 11:30:00
Data / Hora da Comunicação: 23/08/2017 08:29:03
Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Dados da(s) Vítima(s)

País: BRASIL
Município: QUITERIANÓPOLIS/CE
Bairro: ZONA RURAL
Endereço: SÍTIO MILTON / ANIGAL
Nome: MARIA LOPES MOTA
Filiação: MARIA ISABEL MOTA
RG: 343088199
Orgão Emissor: SSP
Nascimento: 02/11/1956
CPF: 02111956
UF: CE

Noticiante(s)

País: BRASIL
Município: QUITERIANÓPOLIS/CE
Bairro: ZONA RURAL
Endereço: SÍTIO DOS MILTON
Nome: EDITE LOPES DE MACEDO
Filiação: MARIA LOPES MOTA
RG: 200731882-2
Orgão Emissor: SSP
Nascimento: 23/05/1954
CPF: 064.234.833-90
UF: CE

Dados da(s) Veículo(s)

INFORMADO Envolvido: ENVOLVIDO
Cor: BRANCA Proprietário: IVAN LOPES DE MACEDO Situação: NÃO
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Motocicleta Marca / Modelo: HONDA/NXR150 Bros ES Ano
ACCDD520ER113681 Renavam: 1014826788 Tipo do Veículo:
I) Placa: ORS8230 UF: CE Município: QUITERIANÓPOLIS/CE

Histórico

no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e
mais disse. A vítima/noticiante ficou cliente de duas informações contidas
as pessoas de IVAN LOPES DE MACEDO e IVAN LOPES DE MACEDO. E nada
Autoria Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente
Quitériaópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros. SAMU ou
pouco espúria. Acrescenta que a socorro para o Hospital de
controle da motocicleta, no que sua mãe caiu da garupa e sofreu fratura no
LOPES MOTA, o queu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o
motocicleta acima caracterizada. tendo como garupa sua mãe MARIA
informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2582 / 2017

também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDITE ZOPES DE MACEDO

VISTO DO DELEGADO(A):

ANTONIO GISELIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 196333-1-3



ANTONIO CIRTEIAN CEBACIANO DE PINA - MAT: 198333-T-3

DECLASSIFICATION AUTHORITY DERIVED FROM:

WABCOZ ERLEAYO DYLBICIO OGIABINY - WVL: 133103-T-2

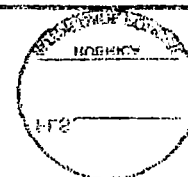
DETECTIV DESKAND: DETECTIV REGIONAL DE 1989

[illegible]

BOTEJIN DE OCORRENCIA N. 228 a 3283 / 3013

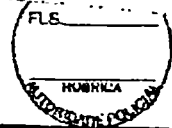


DELEGACIA REGIONAL DE TIPI
POLICIA CIVIL
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DO CEARA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2582 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2017 08:59:03**
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **SITIO DOS MILTON**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
Ponto de Referência: **SITIO DOS MILTON**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LOPES MOTA**
Nascimento: **02/11/1956** CPF:
RG: **343088199** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IZABEL MOTA**
JOÃO LOPES MOTA
Endereço: **SITIO MILTON / ANGICAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **EDITE LOPES DE MACEDO**
Nascimento: **29/09/1994** CPF: **064.524.833-90**
RG: **2007721886-2** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LOPES MOTA**
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
Endereço: **SITIO DOS MILTONS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.650-000**
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

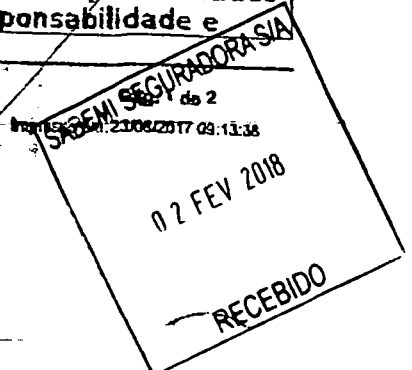
1) Placa: **ORS8230** Uf: **CE** Município: **QUITERIANOPOLIS** Chassi: **9C2KD0550ER113681** Renavam: **1014826788** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **IVAN LOPES DE MACEDO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, tendo como garupeira sua mãe **MARIA LOPES MOTA**, o pneu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o controle da motocicleta, no que sua mãe caiu da garupa e sofreu fratura no punho esquerdo. Acrescenta que a socorreu para o Hospital de Quiterianópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de **IVAN LOPES DE MACEDO** e **IVAN LOPES DE MACEDO**. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

EDITE LOPES DE MACEDO





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2582 / 2017

também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDITE LOPES DE MINCEVO

VISTO DO DELEGADO(A) :

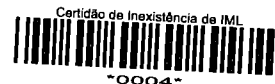
ANTONIO GISELIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA



Impresso em: 23/08/2017 08:12:30

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA LOPES MOTA, portador da carteira de identidade nº 3420881 99 e inscrito no CPF/MF sob o nº 911994853 20, residente e domiciliado na ST. DOS MILHONS - ZONA RURAL, Cidade QUITIMANGA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

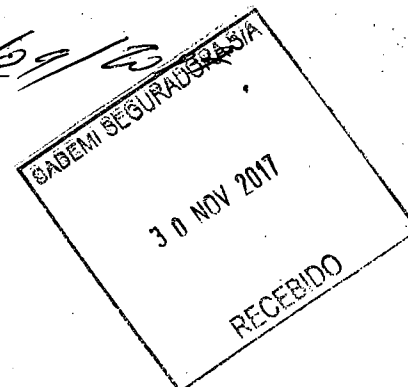
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Lopes Mota

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quitimanga 25/09/2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA LOPES MOTA

CPF da Vítima

911.994.253-20

Data do Acidente

27/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Portugal, 24 de Junho de 2018
Local e Data

Maria Lopes Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGURADORA SIA

07 FEV 2018

RECEBIDO



Atto Declaratório

13:24



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 27 / 06 / 17

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Marcia Soares Mota
Pai: _____
Mãe: _____
CNS: 898 0032 8907 0346
Est. Civil: _____ Sexo: F Data do Nasc: 02 / 11 / 56 Idade: 60
Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: Sítio das Milhoas Cidade: _____

2. Sinais e Sintomas: TURBIDÃO NO FENÓTIPO DO MOTO DE FUMO DA CIGARETAS DO
SUS CAD. DO PULMO GROSSO

3. Diagnóstico: _____

4. Conduta: 1 - CORTICÓIDES
2 - INIBIDORES DE ENZIMA
3 - ANTIACÍDOS
4 - ANTIEMÉTICOS
5 - ANTI-ULCEROSOS
6 - ANTI-REFLUXO
7 - ANTI-SPASMÓDICOS
8 - ANTI-CONVULSIVOS
9 - ANTI-EPILÉPTICOS
10 - ANTI-PSICOTÍPICOS
11 - ANTI-DEPRESSIVOS
12 - ANTI-ANXIOLÍTICOS
13 - ANTI-ALÉRGICOS
14 - ANTI-NEUROPATIA
15 - ANTI-DOENÇA DE PARKINSON
16 - ANTI-DOENÇA DE ALZHEIMER
17 - ANTI-DOENÇA DE HUNTER
18 - ANTI-DOENÇA DE HUNTER
19 - ANTI-DOENÇA DE HUNTER
20 - ANTI-DOENÇA DE HUNTER

EDITE LOBES DAMA CDD Ass. do Paciente ou Responsável
Dr. Paulo Marcos de Lima Assinatura do Médico

SABEMI SEGURODORA S/A
30 NOV 2017
RECEBIDO

A D



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 12 / 02 / 2018

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Francisco de Assis
Pai: Francisco de Assis
Mãe: Francisca de Assis
CNS: 12345678901234567890
Est. Civil: solteiro Sexo: M Data do Nasc.: 12/12/1980 Idade: 37
Profissão: Trabalha no comércio RG: 123456789 CPF: 123456789012345
Endereço: Rua da Liberdade, 123 Cidade: Quiterianópolis

2. Sinais e Sintomas: Doença infecciosa aguda com febre, tosse, dor no peito e fadiga.
Em 12/02/2018. Doença infecciosa aguda.

3. Diagnóstico: Síndrome gripal

4. Conduta: Tratamento sintomático com analgésicos e antitérmicos.
Recomendação de repouso e hidratação.
Retorno em 7 dias para avaliação.
Ass. do Paciente/Responsável: [Assinatura] Assinatura do Médico: [Assinatura]

SAÚDE SEGURADORA S/A
12 FEV 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LOPES MOTA,

RG nº 39.288.199, data de expedição 22/12/99, Órgão SSP. CE

CPF nº 911.994.253-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. DOS MILHONS</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>QUITEROPOLES</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63650000</u>
Telefone de Contato	<u>88. 99650 6121-88. 999624214</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

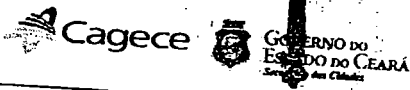
Quitero poles 25/09/2014

Assinatura do Declarante: Maria Lopes Mota





Nº de Inscrição
87771055



DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO R C DA SILVA
End. Leitura: AV TAMAR MOURA CORDEIRO, 131, CENTRO
Cidade: QUITERIANOPOLES
End. Entrega: CEP: 63.650-000
Cidade: CEP: 60.000-000
Local: 588 Setor: 002 Quadra: 157 Lote: 0158
Subsetor: Subquadra: Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F251020	302	308	6	5

DATAS

Leitura Atual: 07/08/2017 Emissão: 17/08/2017 Lacre Água: A13F251020
Leitura Anterior: 07/07/2017 Próxima Leitura: 6/9/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	9	8	9	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
	08/2016 5 0
	09/2016 6 0
	10/2016 6 0
	11/2016 7 0
	12/2016 17 0
	01/2017 7 0
	02/2017 5 0
	03/2017 6 0
	04/2017 7 0
	05/2017 6 0
	06/2017 7 0
	07/2017 6 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31
COFINS	1,56

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	39,73
Subsídio(-)	7,10
Total de Serviço	32,63

MÊS/ANO
08/2017

VENCIMENTO
06/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
32,63

FORMA DE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outras: PagFatura. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta do usuário. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br



Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



IMP_FAT_CLIENTE_201708_22.FIC



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LOPES MOTA
RG nº 343288199, data de expedição 22/12/99, Órgão SSP/CE
CPF nº 911.994253-00, venho perante a este instrumento declarar que não
posuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. DOS MILHONS</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>ARITONOPOLIS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63650000</u>
Telefone de Contato	<u>88. 996506121-88. 999624014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

ARITONOPOLIS 25/09/11

Assinatura do Declarante: MARIA LOPES MOTA



Nº DO CLIENTE

2347325-8

Para agências de atendimento, consulte o site sempre que entrar em contato conosco

A Tanta Sobre de Energia Elétrica
for criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
RUA São Valério, 150
CEP 64135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.751/0001-70 | CGF 06.105.849-3

ene

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

478686720

Rota **37 37042 11 032000 - 3**

Data de Emissão

24/05/2017

Nome **MARIA LOPES MOTA**

End. Postal **ST DOS MILTONS
- QUITERIANOPOLIS - 63650000**

Medidor **10335227**

Posto **0020 0000**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA**

Fator de Potência

RG/CPF/CNPJ **911994253-20**

Nome do Responsável

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

DATAS
Mês de Referência **Mai/2017** Data da Apresentação **23/06/2017** Provisão Próxima Leitura **23/06/2017**

Conjunta **Padre** Mês **Mai/2017** Valor **13,05**

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

Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual

ISEMTO

DIC **11,01 22,00 44,07 0,00 0,01 0,00**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC **7,67 15,34 30,65 0,00 0,00 0,00**

SEDE: EFCA 0002 0000 1000 2000 1000 1000

DMIC **5,98 0,00**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual - Leit. Anterior - Const. - Consumo (kWh) - Cons. Ind. - Cons. Tot. - Tarifa (R\$/kWh) - Valor (R\$)

12199 12066 1,00 123 0,00 70 0,13779 16,58

24/05/17 24/04/17 30 DIAS 123 VALOR (R\$) 35,87

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 63,08

DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -25,54

MULTA MORATORIA REF 02/2017 1,67

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,67

DEV. IMPORTE FAT. A MAIOR S/ICHS -0,79

DEV. DE ICHS COBRADO A MAIOR -0,27

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,35)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia 17,55
Transmissão 1,75
Distribuição 11,80
Encargos Setoriais 4,10
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 3,64
TOTAL 39,21

127 123 160 112 157 105 185 94 192 86 126 80 106

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

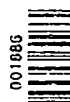
53,16 0,00

CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA(%CO₂)

02

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

SABEMI SEGURADORA S/A
02 FEV 2018
RECEBIDO



Nº de inscrição:

87771055

Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Companhia de Água e Esgoto

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO R C DA SILVA

End. Leitura: AV TAMAR MOURA CORDEIRO, 131, CENTRO

Cidade: QUITERIANOPOLES

CEP: 63.650-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 589

Setor: 002

Quadra: 157

Lote: 0152

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F251020	308	313	5	5

DATAS

Leitura Atual: 06/09/2017

Emissão: 19/09/2017

Lacre Água: A13F251020

Leitura Anterior: 07/08/2017

Próxima Leitura: 6/10/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade:	10	9	8	10	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	31,60	09/2016	6	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,24	10/2016	6	0
MULTA DE 2%	0,53	11/2016	7	0
		12/2016	17	0
		01/2017	7	0
		02/2017	5	0
		03/2017	6	0
		04/2017	7	0
		05/2017	6	0
		06/2017	7	0
		07/2017	5	0
		08/2017	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

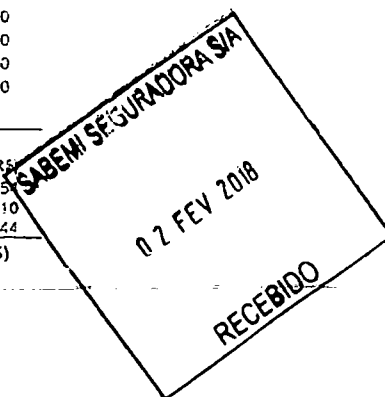
Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31
COFINS	1,55

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	39,50
Subsídio(-)	7,10
Total do Serviço	32,44

MÊS/ANO
09/2017VENCIMENTO
06/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LOPES MOTA

RG nº 343.288199, data de expedição 22/12/99, Órgão SSP-CE

CPF nº 988.994.253-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

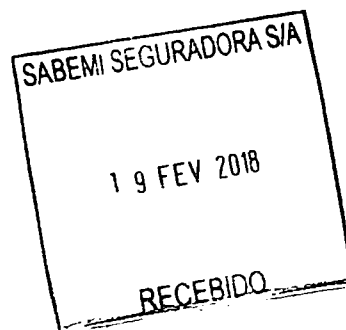
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. DAS MILHONS</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>QUITIMONOPOLIS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63650000</u>
Telefone de Contato	<u>88. 99650 6121-88. 999624014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Quitimonopolis 27/09/14

Assinatura do Declarante: Maria Lopes Mota



Nº DO CLIENTE

2347325-8

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 66.109.848-3



Comprovante de residência



0015

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

510376469

Rota 37 37042 11 032000 - 3

Data de Emissão 24/01/2018

Nome MARIA LOPES MOTA

End. Postal ST DOS MILTONS

- QUITERIANOPOLIS - 63650000

Medidor 10335227

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG/CPF/CNPJ 911994253-20

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	22/02/2018	22/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PROVEDOR
Mês Nov/2017 EUSD 23,19

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,18	27,00%	27,85

DICRI = 0,00 F

Posição Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 11,01	22,03	44,07	0,75	0,00	0,00
FIC 7,67	15,34	30,69	1,00	0,00	0,00
DMIC 5,98			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4521.690F, 4581.6440, 5594.33FF, 0596.00F2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
13452	13304	1,00	148	0,00	36	0,24403	7,32
					70	0,41233	28,86
					48	0,12751	10,12
24/01/18	23/12/17		32 DIAS		148		66,72

DESCRIÇÃO

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079
MULTA MORATORIA REF 10/2017
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

VALOR (R\$)

103,18
-36,46
9,84
2,04
2,04

SABEMI SEGURADORA S/A

16 MAR 2018

RECEBIDO

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,35
Transmissão	15,23
Distribuição	5,25
Encargos Setoriais	33,59
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	
TOTAL	76,60

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
151	148	201	142	197	138	162	130	145	123	160	112

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo da energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 63,97 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

hane os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

AO FOR POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES 414

Consta desta fatura R\$ 5,74 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,55% e COFINS:3,14%
O cliente, constata que as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com
quitação vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.087/2009. Esta declaração substitui
quitações anteriores.

Nº do Cliente: 2347325-8

Referência: Jan/2018

Data de Emissão: 24/01/2018

Total a Pagar (R\$): 80,64

Nº da Nota Fiscal: 510376469

Nº de Controle: 0002347325 00197 39162 66

838900000000-5 30640031000-7 00023473250-4 01973916220-0



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO RONALDO ESTRELA inscrito (a) no CPF 298079802-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LOPES MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253-20 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima MARIA LOPES MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

HABILITAÇÃO, ABRA

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ANTONIO RONALDO ESTRELA DA SILVA</u>		Número <u>131</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>QUITIMANGA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>65650-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>9962-4214</u>	Telefone celular (DDD) <u>88.9962-4214</u>	

Quitimanga de OUTUBRO de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022.1204 ou 0800 221.206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO RONALDO CAVALHANTE DA SILVA inscrito (a) no CPF 298079802191 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LOPES MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253120 do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima MARIA LOPES MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253120, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: MAQUINISTA, ALDA Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

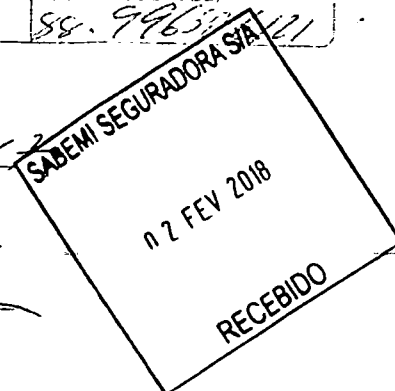
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

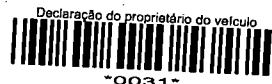
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ANTONIO RONALDO CAVALHANTE DA SILVA</u>	Número <u>131</u>	Complemento _____
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>QUITANDA DO SUL</u>	Estado <u>CE</u>
Email _____	Telefone comercial (DDD) <u>99962-4214</u>	Telefone celular (DDD) <u>99.99632121</u>

Quitanda do Sul de OUTUBRO de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVAN LOPES MOTA
RG nº 800300501189 data de expedição 24/01/2003
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 01161122397, com
domicílio na cidade de Quiteria, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SR DOS MILHENS, 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 MARIA LOPES MOTA, cujo o condutor era
EDITE LOPES DE MARCELO

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Norona 900S
Ano: 2014
Placa: OKS 8237
Chassi: 9C2K00550ER 113681
Data do Acidente: 27/06/2017
Local e Data: Quiteria - 01/06/2017

Ivan Lopes de Mota
Assinatura do Declarante

Edite Lopes de Marcelo

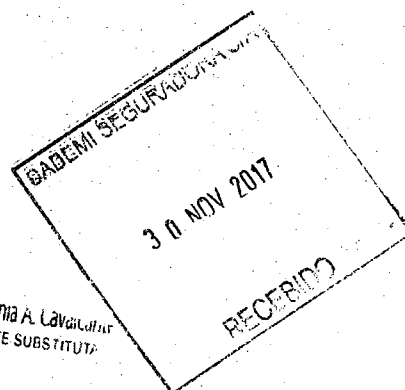
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



por de: Ivan Lopes de Mota

01 AGO 2017
Cláudio Z. Karalante

Cláudia Virginia A. Cavalcanti
ESCREVENTE SUBSTITUTA





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUAN LOPES MOTA
RG nº 800390501159 data de expedição 24/01/2003
Órgão SSP/CE portador do CPF nº 01161122597 com
domicílio na cidade de CRATEVAZ no Estado de
CE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST. DOS MILHENS 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 MARIA LOPES MOTA cujo o condutor era
EDITE LOPES DE MOURA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: NANDA 9605
Ano: 2014
Placa: 065 8237
Chassi: 9CCEK00550CR 113681
Data do Acidente: 27/06/2017
Local e Data: CRATEVAZ/CE 01/06/2017

Juan Lopes de Moura
Assinatura do Declarante

Edite Lopes de Moura

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

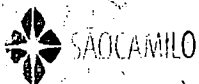


ira de: Juan Lopo de
mota.

03 AGO 2017
Claudio Z. Baralcati

Claudia Virginia A. L.
ESCREVENTE PÚBLICA





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 28/06/2017 10:21

Página 1



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 111274
Atendimento 0003
Nome do Paciente MARIA LOPES MOTA

CNS 898003289070346

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 343088199

Estado Civil Viúvo(a)

Sexo Feminino

Data de Nascimento 02/11/1956

Local INDEPENDENCIA/CE

Idade 60 Ano(s)

Pai JOAO LOPES MOTA

Mãe MARIA IZABEL MOTA

Endereço SITIO DOS MILTONS, SN

Bairro ZONA RURAL

CEP 63650-000

Município QUITERIANOPOLIS

UF CE Telefone 88997619379

Profissão APOSENTADA

Responsável MARIA IZABEL MOTA

CPF do Responsável Endereço SITIO DOS MILTONS, SN

Município QUITERIANOPOLIS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/06/2017
Hora 10:20
Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário

MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA

Trânsito

Observação guia 28/06/2017

Sala

Data/Hora Liberação

às hs.

Tipo de Saída

() Alta

() Internação

() Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

62

Altura (cm)

T (°C)

36,5

P (bpm)

97

R (mpm)

✓

PA (mmHg)

130x90

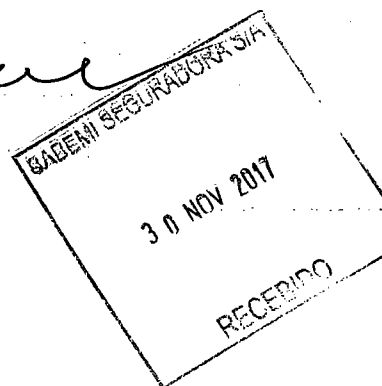
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

SpO₂ 92

Paciente com fratura
de pulso em oblique
e luxação parcial
de pulso e pulso
fratura de pulso
luxação parcial de
pulso

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945



EDITE LOPES DE MACEDO
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA IZABEL MOTA



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Adriano Lopes Moura

Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Adquirido Anemia por (causas) muito comuns
depois de mais de 10 anos de uso de medicamentos

Resultado de Exames:

Anemia Tossidrogica

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Edson Passos
MÉDICO
Assinatura do Encaminhante

Méico
Função

27 de 17
Data

13:37
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: Anemia

Profissional: Transfusão

Unidade de Referência: _____

Data ____/____/____

Hora ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

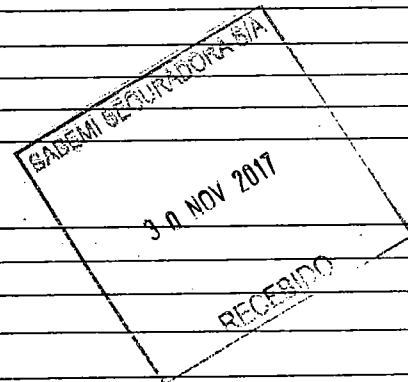
Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐





Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: ____/____/____

1ª IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: ROSELIANE LOPES

Pai: _____

Mãe: _____

CNS: 744 0033 2000 1100

Est. Civil: 9 Sexo: F Data do Nasc. 11/11/15 Idade: 3

Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1111 Cidade: _____

2. Sinais e Sintomas: Visão turva, dor no olho direito, lacrimejamento, coceira no olho direito, dor no olho esquerdo.

em 12/02/2018. Doença pregressa: Diabetes Mellitus.

3. Diagnóstico: _____

4. Conduta: Exame oftalmológico

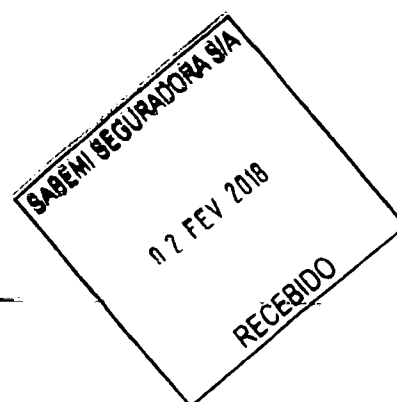
Exame de fundo de olho

Exame de campo visual

Exame de refração

Ass. do Paciente Responsável

Assinatura do Médico





PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento
entregar 2 vias ao usuário orientando
retornar com a 1ª via à Unidade de

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Adriano Lopes Mota

Sexo: M ☐ F ☒

Data de Nasc.: ____/____/____

Prontuário N° _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

Replicado Amarelo para (casos) muito comuns
depois de 10 dias de tratamento de 15 dias de tratamento

Resultado de Exames:

ANÁLISE TUBERCULOSE

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante

Função

Data

Hora

Encaminhamento para Atendimento:

AGENDAMENTO

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: ANÁLISE

Profissional: TRANSFUSIONISTA

Unidade de Referência: _____

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

CID

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência?

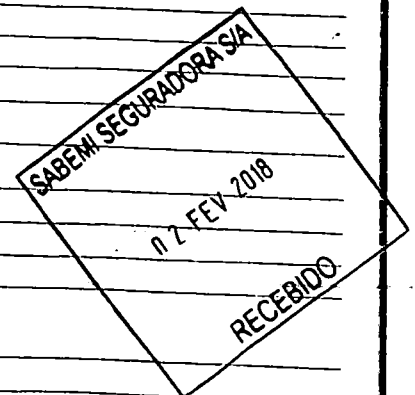
Sim ☐

Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico

Sim ☐

Não ☐



A GRAMAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

1- NOME DO PACIENTE:

Maria Lopes Mota

2- LOCAL:

Unifarmácia

3- DATA DO ACIDENTE:

27.06.2017

4- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu FRATURA GRAVE
DO PUNHO ESQUERDO.

5- O PACIENTE FEZ TRATAMENTO:

Cinco Con-
sultas com
Sermão LX, ANA/GESICA,
ANESTESICO, REDUÇÃO DA FRATURA
IMOBILIZAÇÃO.

6- A VITIMA EVOLUI REFERENDO:

RIGIDEZ
ARTICULAR, ADIÇÃO MUSCULAR
PERDA DA FORÇA DE FORMAÇÃO
DE FÍSICA, ATROFIA, INCA-
PACIDADE LABORAL.

7- O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE:

PUNHO
ESQUERDO GRAVE.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas
para facilitar a análise do acidente.

DATA:

27.10.17

+ maria.lopes.mota

ASSINATURA

E

CARIMBO

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 8253

SABEMI SIA
RECEBIDA SIA

02 FEV 2018

RECEBIDO



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prestatário 111274 Atendimento 0003 Nome do Paciente MARIA LOPES MOTA
Documento(s) Identidade 343088199 Data de Nascimento 02/11/1956 Local INDEPENDENCIA/CE
Pai JOAO LOPES MOTA Mãe MARIA IZABEL MOTA
Endereço SITIO DOS MILTONS, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63650-000 Município QUITERIANOPOLIS UF CE
Profissão APOSENTADA Empresa Cônjuge
Responsável MARIA IZABEL MOTA CPF do Responsável Endereço SITIO DOS MILTONS, SN Município QUITERIANOPOLIS UF CE
CNS 898003289070346 Curso de Autorização
Estado Civil Viúvo(a) Sexo Feminino Idade 60 Ano(s)
UF CE Telefone 88997619379

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/06/2017 Hora 10:20 Convênio SUS
Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA Matrícula CID
Indicador do Acidente CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Transito Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA
Observação guia 28/06/2017

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

Sinais Vitais

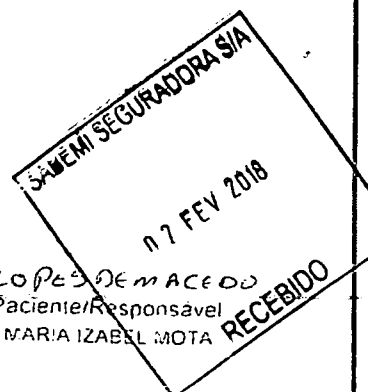
Peso (kg) 62 Altura (cm) 130 T (°C) 36,5 P (bpm) 97 R (rpm) 130 PA (mmHg) 90
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Pronto que surgiu
se pulso em oleo
e hantasea pulsat
e pulso e pul
função do pulso
função pulso e
pulso*

Dr. Jamil S. Jorquira
Traumato Ortopedia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM 6945

EDITE LOPES DE MACEDO
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável MARIA IZABEL MOTA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3430881-99

DATA DE EXPEDIÇÃO 22.12.99.

NOME MARIA LOPES MOTA

FILIAÇÃO João Lopes Mota

Maria Izabel Mota.

Independência. Ce.

DATA DE NASCIMENTO 02.11.1956

NATURALIDADE

Cart. Nasc. 946. LV. A. 02. Fls. 38.

DOC. ORIGEM

Cart. Imp. Independência. Ce.

CPF

FORTALEZA, CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DE DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Lopes Mota

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Junho/2001

CORREIOS

www.correios.com.br

30 NOV 2017

RECEBIDO

REGURADORA/IA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

911.994.253-20

MARIA LOPES MOTA

02/11/1956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15 de Novembro de 1988



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR UF
047166 CTPS CE

CPF
298.079.802-91

DATA NASCIMENTO
03/01/1969

FILIAÇÃO
EVERTON ALVES DA SILVA
MARIA NILCE CAVALCANTE DA SILVA

PERMISSÃO
AC

Nº REGISTRO
01935818550

VALIDADE
09/07/2018

IS HABILITADO
27/06/1996

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
18/07/2013

73156782185
CE136625320

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CARTÃO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
749877399

PROIBIDO PLASTIFICAR
749877399



Documentos de Identificacao

IOK
m.br

SABEM SEGURADORA S/A

02 FEB 2018

RECEBIDO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

911.994.253-20

MARIA LOPES MOTA

02/11/1956

RECEITA FEDERAL DO BRASIL
CNPJ

SABEMI SEGURADORA S/A

02 FEV 2018

RECEBIDO



0007

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 013194391347
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA COD. RENAVAM R.C. EXERCÍCIO
01 01014826788 0000000000 2014NOME
IVAN LUIZ DE MACEDO
QUITERIANOPOLIS / CECPF/CNPJ PLACA
01161122397 DRS8230/CEPLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9E24B0550E113681ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAS/MOTOCICLETA 150 APLIC GASOL/ALCOMARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2014 2014CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR/PREDOMINANTE
21/0CV/149CC PARTIC BRANCACOTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 2 3FAIXA PVA PARCELAMENTO / COTAS
APRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
14,38 14,38

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
QUITERIANOPOLIS 01/01/2017Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CESEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013194391347 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800.022.1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 01/01/2017VIA CPF/CNPJ PLACA
01 01161122397 DRS8230RENAVAM MARCA / MODELO
01014826788 HONDA/NXR150 BROS ESANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2014 02 9E24B0550E113681

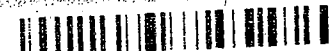
PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,54 14,38CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DPVAT SEU PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4,38 14,38PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 01/01/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOP - 150SE5E113681 - 00301



SALDO

DETRAN

30 NOV 2017

RECEBIDO



0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013194391347
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - EXERCÍCIO
01 01014826709 2014

NOME
IVAN LOPES DE MENEZES
QUITERIANOPOLES / CE

CPF / CNPJ - PLACA
0116122397 0R89230/CE

PLACA ANT. / UF - CHASSI
0CE 902ND0550ER113681

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL
FANTOCIOLO / NDI APLO. GASOL / ALCO

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA / NXR150 BRUS ES 2014 2014

CAT. / POT. / CL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
02 / 00V / 14900 PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1 2 3

TAXA DPVA - PARCELAMENTO - COTA 1
1 2 3

VALOR MOD. TAR. FISC. (R\$) - ICF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
QUITERIANOPOLES 30/01/2014

Assinatura: Igor Pontes
Superendente - DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013194391347 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2014 1/01/2014

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
01 0116122397 0R89230

RENAVAM - MARCA / MODELO
01014826709 HONDA / NXR150 BRUS ES

ANO FAB. - CAT. / CL. - Nº CHASSI
2014 02 902ND0550ER113681

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENEX (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
179,04 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) - COTA ÚNICA - PARCELADO

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
30/01/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608.0001-04

01014826709 00301

RECEBIDO
02 FEV 2014
SABEM'S INIBS





DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, MARIA LOPES MOTA
cédula de identidade nº 343088199 e CPF nº 91199475320, residente e domiciliado na ST. DOS MILHONS - Zona Rural
Bairro: 2.º Lote, Cidade: OWIT - CE, beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia 27/06/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e) Inquérito Policial, ou
- f) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante:

III – testemunha;

Atenciosamente,

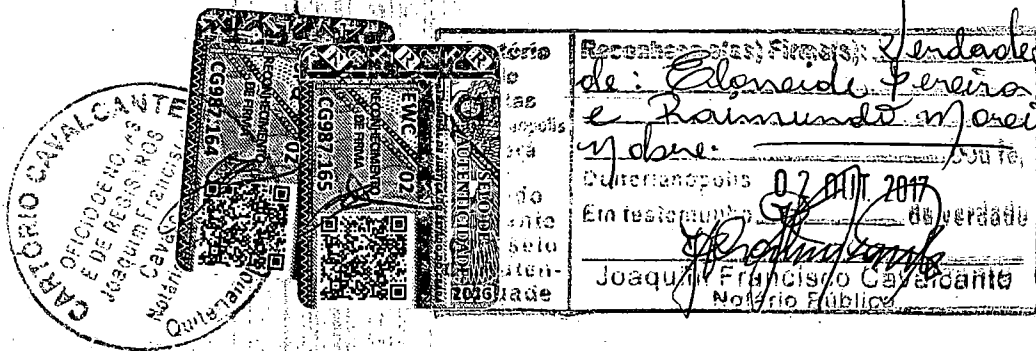
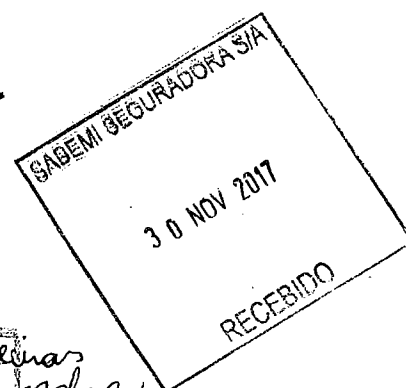
Maria Lopes Mota 25 de setembro de 2017

Maria Lopes Mota
Declarante:

TESTEMUNHAS:

1. Eloneide Pereira Nobre CPF:

2. Raimundo Moreira Nogueira CPF:



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007721886 2 DATA DE EXPEDIC 18/10/2010

NOME EDITA LOPES DE MACEDO

ILIAÇÃO JOAQUIM SOARES DE MACEDO

MARIA LOPES NOIA

QUITERIANÓPOLIS CE DATA DE NASCIMENTO 29/09/1994

DOC. ORIGEM CERT NASCIMENTO CARTORIO SEDE TERMO: 4633 FOLHA: 39 LIVRO: A 09

QUITERIANÓPOLIS CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 86

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

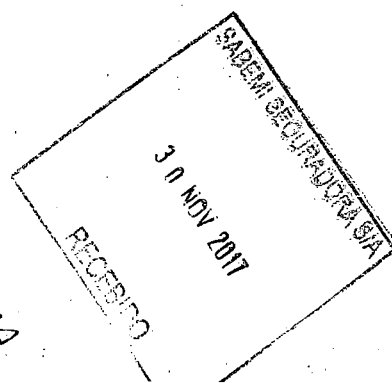
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Perícia Direto

EDITA LOPES DE MACEDO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FUBIAI CRUZ E SOUZA



Quiterianópolis
DP
MOTO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2007721886 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2010

NOME
EDITE LOPES DE MACEDO

SELA
JOAQUIM SOARES DE MACEDO

MARIA LOPES MOTA

NATURALIDADE
QUITERIANÓPOLIS - CE DATA DE NASCIMENTO
29/09/1994

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 4633 FOLHA: 39 LIVRO: A-09
QUITERIANÓPOLIS - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

P.: 86

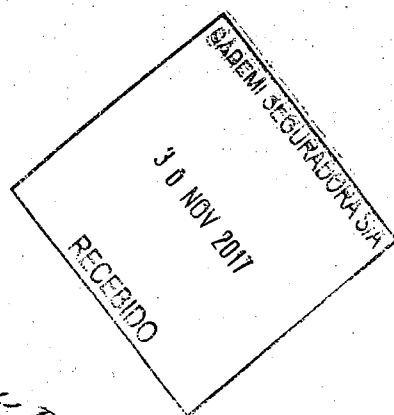
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polícia Civil

Edite Lopes de Macedo

CARTEIRA DE IDENTIDADE



*Computador
da
MOTR*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REG. GEN. 2003005011189 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/1/2003

NOME IVAN LOPES DE MACEDO

PAI JOAQUIM SOARES DE MACEDO E MARI A LOPES MOTA

MATRICULA 134-QUITERIANOPOLIS-CE DATA DE NASCIMENTO 27/12/1984

CLASS. 534 L.A/ESPECT. F

134-QUITERIANOPOLIS-CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SENTE-SE

IVAN LOPES DE MACEDO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 10:05:46 do dia 13/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

CÓDIGO DE CONTROLE
C8C4.CE5E.A2D5.B331

RECEBIDO
30 NOV 2017
SABEM SEGURADORA S/A

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
011.611.223-97

Nome
IVAN LOPES DE MACEDO

Nascimento
27/12/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito

 PROLÍDIO PLASTIFILAR

Eloneide Pereira Nobre
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 200.1015003980 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2016

NOME
ELONEIDE PEREIRA NOBRE

FILIAÇÃO
MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
INDEPENDÊNCIA - CE

DATA DE NASCIMENTO
22/12/1967

-DOC. ORIGEM
CERT: CASAMENTO - CARTÓRIO: COUTINHO TERMO: 553 FOLHA: 111

LIVRO: B-02 INDEPENDÊNCIA - CE

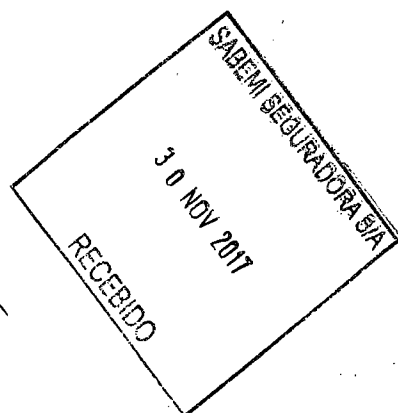
CPF 962.835.993-20

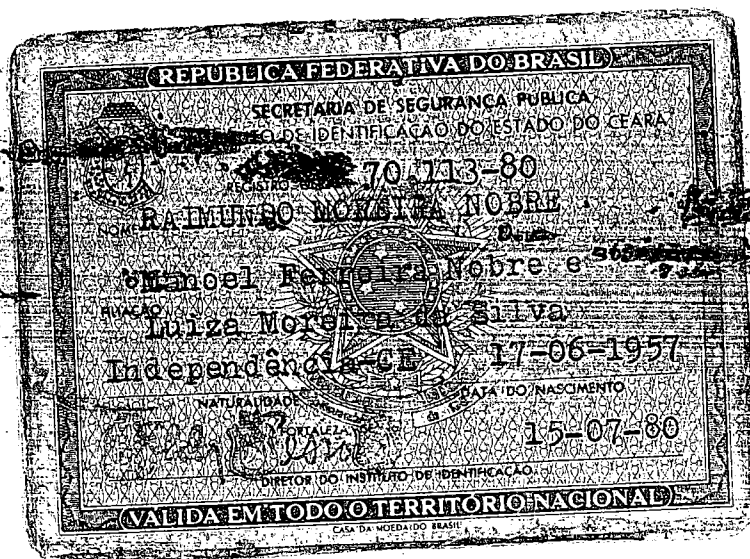
2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 86





CÓDIGO DE CONTROLE
45F5.440D AE59.35C2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:28:09 do dia 16/01/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
835.073.373-04

Nome
RAIMUNDO MOREIRA NOBRE

Nascimento
17/06/1957



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS.

Eu, MARIA LOPES MOTA
cédula de identidade nº 343088199 e CPF nº 91199425322, residente e domiciliado
na ST. DOS MILTOS - Zona Rural
Bairro. 2.º Etapa, Cidade. CAJAT - CE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
27/06/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
- d) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e) Inquérito Policial, ou
- f) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante
III - testemunha;

Atenciosamente,

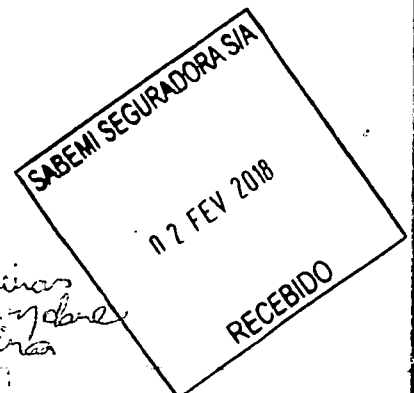
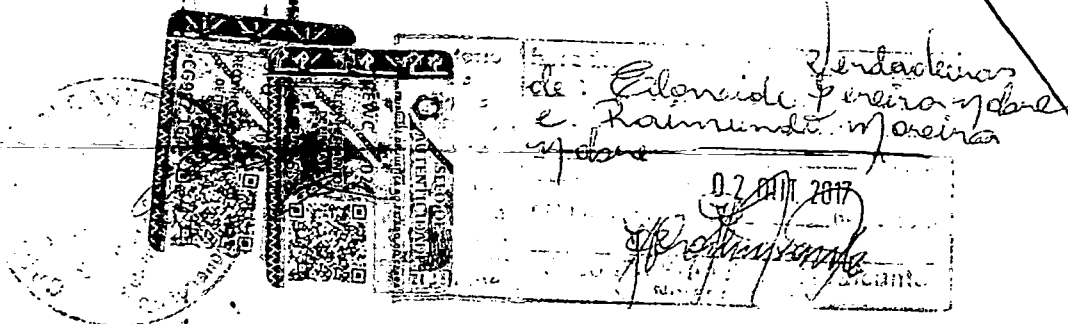
Maria Lopes Mota 25 de Junho de 2017

Maria Lopes Mota
Declarante:

TESTEMUNHAS:

1 Eloiride Pereira Nobre CPF:

2 Raimundo Moreira Nobre CPF:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066886 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170643992 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066886 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AUMENTO DE VOLUME DO PUNHO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO PARTICULAR



(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARIA LOPES MOTA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADA
Identidade: 3430881-99
CPF: 911994253-20
Profissão: AGENCIARIA
Endereço: ST. DOS MILITARES
CEP: 63650-000
Telefone: 88 99624214 - 88 996506121

OUTORGADO:

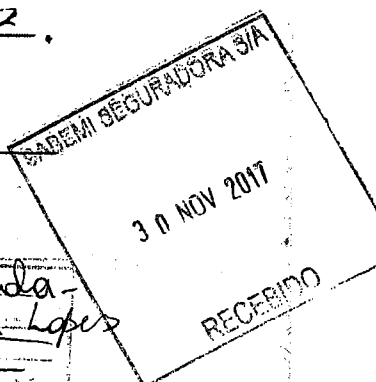
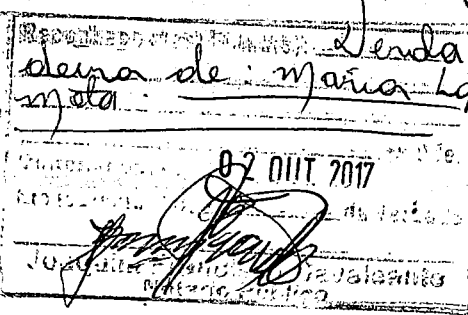
Nome: ANTONIO DONATO CAVALHANTE DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1784068
CPF: 29807980291
Profissão: ADVOGADO
Endereço: TRAVESSIA MOVIDA CORPORE 131
CEP: 63650-000
Telefone: 88 999624214

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARIA LOPES MOTA

Maria Lopes Mota 25/09/2017
Local e data

Maria Lopes Mota

Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROCURAÇÃO PARTICULAR



(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARIA LOPES MOTA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADA
Identidade: 3430881-99
CPF: 919.594.253-20
Profissão: ADJUNTA
Endereço: ST. DOS MILITARES
CEP: 63650-000
Telefone: 88 9962 4214 - 88. 99650 6121

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DONATO CAVALHANTE DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1784068
CPF: 298.079.190-91
Profissão: ADJUNTO
Endereço: TRAVESSA MOURA CAVALHANTE 131
CEP: 63650-000
Telefone: 88 99962 4214

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MARIA LOPES MOTA

Maria Lopes Mota 8/10/2017
Local e data

Maria Lopes Mota

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Antônio Donato Cavalcante da Silva
Mota

02 OUT 2017

