

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2014

Carta nº: 4737818

A/C: VITURINA FERNANDES DA COSTA

Sinistro: 2014575140
Vitima: FERNANDA FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 24/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014575140 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **FERNANDA FERNANDES DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **FAZENDA VARZEA DO CARMO nº 1 - VARZEA DA IPUEIRA - BOA VIAGEM/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data local do exame: **31/07/2014 BOA VIAGEM/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)

FRATURA DE JOELHO DIREITO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 31/07/2014

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957


Dr. Flávio Eduardo Puro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

CENTAURO

vida e previdência

Seguros para viver

Registro de Sinistro

0029

Documento de Identificação

Processo: 0000/626496

Código: 626496

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA	
BO Nº 428-1269/2014		Data BO 10/06/2014		DELEGACIA DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE	
Placa HWT-4697/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima FERNANDA FERNANDES DA SILVA				Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado FEMININO	Data Nascimento 27/02/2002	Tipo de CPF 1 - Menor		CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora 24/02/2014 / 07:00
Cidade VARZEA DA IPUEIRA		UF CE	CEP 63870-000	Telefones	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde. Benef. 1	Data Óbito	Médico			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	DL.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Endereço	Complemento	Bairro	Cidade
Profissão	Renda			UF
VITURINA FERNANDES DA COSTA	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI, MÃE,	10/07/1957	574.921.903-87
63870-000 FAZENDA DO CARMO 1		VARZEA DA IPUEIRA	BOA VIAGEM	CE
TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E		R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Banco: 104 Caixa Econômica Fede	Ag.: 4370	C/P 3511-0		

Histórico

Data	Usuário	Situação
11/07/2014 15:18:51	MSA ALLANA	Pré-Cadastro não analisado
15/07/2014 10:24:41	MSA MARILIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

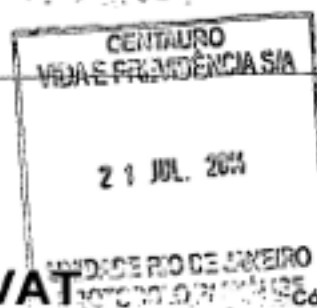
AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 626496 e a data de nascimento 27/02/2002 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa HWT-4697/CE	
Nome da Vítima FERNANDA FERNANDES DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Data Nascimento 27/02/2002	Tipo de CPF 1 - Menor	CPF da Vítima Data Ocorrência 24/02/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 428-1269/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
VITURINA FERNANDES DA COSTA	Beneficiário	ASCENDENTE (PAI)	10/07/1957	63870-000	574.921.903-87

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

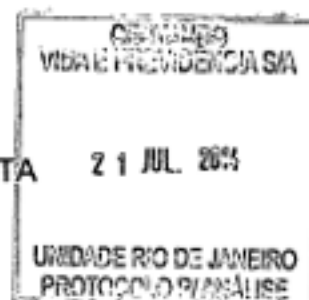
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 574.921.903-87

Nome da Pessoa Física: VITURINA FERNANDES DA COSTA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: **16:25:34** do dia **21/04/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F4A6.4B35.1972.C88F**

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.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, VIRTURINA FERNANDES DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2008086292-0 EXPEDIDO POR SSPDS/CE EM 13/01/2012 E
 CPF (574921903-87) /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FERNANDA FERNANDES DA 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 4370 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 3511-0

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

LOCAL BOA VIAGEM - CE DATA 24 / 06 / 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Virturina Fernandes da Costa

! ATENÇÃO

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

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

02/06/2014 HORA: 10:06:39
DATA EFETIVACAO: 02/06
CONVENIO: 000493228
OPERADOR: CWF

AGENCIA: 4370
CONTA: 013.00003511-0
NOME: VITURINA FERNANDES DA COSTA

VALOR: 5,00

COD. OPERACAO: 740149436

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 1269 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 10/06/2014 11:21:24

Data / Hora da Ocorrência : 24/02/2014 07:00:00

Endereço da Ocorrência: **ESTR CARROÇÁVEL DA VARZEA DA IPUEIRA**

ZONA RURAL BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Histórico

Compareceu a esta delegacia a pessoa abaixo qualificada para informar que no dia 24/02/14 por volta das 07h estava dirigindo sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, cor PRETA, ano/mod. 2008, placa HWT4697, chassi 9C2K08508R104172 e levando na garupa FERNANDA FERNANDES DA SILVA, nascida dia 27/01/2002, filha de Antônio Reginaldo Alves da Silva e Viturina Fernandes da Costa quando ao passar por uma porção de água perdeu o controle e Fernanda caiu; Que Fernanda foi socorrida para o hospital local foi realizado RX de joelho; Que compareceram como testemunhas do acidente Fernanda Vieira de Sousa e Viturina Fernandes da Costa. Nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **FRANCISCO CHAGAS FERREIRA LOPES**

Endereço : **R ENEDINA DE CARVALHO**

Bairro : **TIBIQUARI 63870000**

Município/UF : **BOA VIAGEM CE BRASIL** Telefone: **88 88722053**

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

21 JUL 2014

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LARISSA CRISPIM DE LIMA - MAT.: 300059-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **X Francisco Chagas Ferreira Lopes**

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO 127153

Testemunhas:

X Fernanda Vieira de Sousa

X Viturina Fernandes da Costa



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VITURINA FERNANDES DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 2008086292-0 SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 574.921.903-87, residente e domiciliando na FZ- VARZIA DO CARMO - Nº01 - LOCALIDADE VARZIA DA IPUEIRA - ZONA RUALRURAL Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMWL para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194 /74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da 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.

Vitúrina Fernandes da Costa -

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM – CE, 10 DE Junho DE 2014.

LOCAL E DATA

1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ COMARCA DE BOA VIAGEM
CARTÓRIO GERALDINA - 1º OFÍCIO
Praça Monsenhor José Cândido, 144 - CEP 63.870-000 - FONE (0xx88) 427-10.16

JOAQUIM BEZERRA SOBRINHO

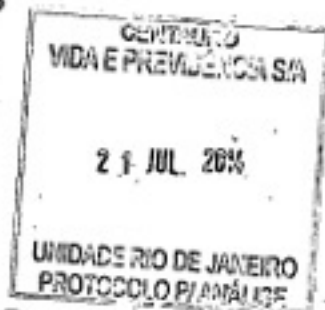
Oficial do Registro Civil

JANE CÉLIA ANTERO DE FREITAS

Escrevente Substituta

LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA

Escrevente



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

(GRATUIDADE, LEI Nº 9.534/97)

Certifico que às fls 81, do livro A- 35, sob nº de ordem 35.967, foi lavrado o assento de nascimento de FERNANDA FERNANDES DA SILVA, do sexo feminino, nascido(a) no dia vinte e sete (27) de janeiro de dois mil e dois (2002), em Casa de Saúde Adília Maria, nesta cidade, às 19:50 horas, filho(a) de ANTONIO REGINALDO ALVES DA SILVA e de dona VITURINA FERNANDES DA COSTA. Sendo avós paternos José Marques da Silva Filho e Luzia Alves da Silva e maternos Raimundo Fernandes de Sousa e Creuza Venancio Fernandes. Assento lavrado aos 14 de junho de 2002, tendo sido declarante Antonio Reginaldo Alves da Silva e Viturina Fernandes da Costa.

O referido é verdade. Dou fé.

Boa Viagem, 14 de junho de 2002.

Luís Eliardo Gadelha da Silva

REGISTRADOR

LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE



CARTÓRIO GERALDINA 1º OFÍCIO
PRAÇA MONSENHOR JOSÉ CÂNDIDO, 144
CEP 63.870-000 - FONE (0xx88) 427-1016
BOA VIAGEM - CEARÁ
LUIS ELIARDO GADELHA DA SILVA
ESCREVENTE

Selo AA 158805

Válido somente com selo de autenticidade

Conclusion

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–401

3562342-0
 Please do not use this number for any other purpose.
 It is a unique number for this document only.

Revista Digital - Valdivia, 150 - OFF. 60123 560 - Fax: 60123 570
 (09) 27.541.231/(09) 1.79 - OFF. 66.165.948
 A Tercera Sección de Recurso Amparo - del Poder Judicial de la Unión, de 28 de abril de 2007.



2009年1月

4. *Die Bedeutung der Wissenschaften für die Politik*

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 F.N.

Rota	38 36042 01 061300 - 9	Data de Emissão	26/03/2014
Nome	VITURINA FERNANDES DA COSTA		
End. Postal	FZ VARZEA DO CARMO 80001		
	VARZEA DA IPUEIRA - BOA VIAGEM - 63870000		
Medidor	23518199	Posto	0000 0000
Classe	01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA		Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ	574921903-87	CCF	0,0
Nome do Responsável			

ESSAYS

INDICADORES DE CONTINUIDADE I

Mês de Referência	Data de Apresentação	Problema Próximo Leitura
Mar/2014	26/03/2014	25/04/2014

Conjunto	CANTIDE	
Mês	Jan/2014	DIED 1.65

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
-----------------------	----------	------------------

Participante			Apuração Individual		
Matrícula	Três	Anual	Matrícula	Três	Anual

1990	1	1
------	---	---

DEC	11 34	50 63	42 62	48 55	48 55	48 55
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RC	11.74	24.48	46.76	67.51	86.27	100.00
----	-------	-------	-------	-------	-------	--------

—

DNIC	7.89	15.79	31.58	2.00	2.00	2.00
------	------	-------	-------	------	------	------

0726 0699 1054 7726 6136 0468 7040 4520 8.43 0.50

Leit. Acad. ☐ Leit. Academi ☐ Cont. ☐ Contante (R\$) ☐ Cont. Ind. ☐ Cont. Ex. ☐ Terc. (R\$) ☐ Valor (R\$)

[illegible]

4129	4243	1.09	77	9.09	38	0.11082	3.37
					47	0.10998	3.43

[illegible][illegible]

discricao	VALOR (R\$)
-----------	-------------

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916

VENCIMENTO 12/05/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)	127
------------------------	-----

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

Enxoval	7.23
Transmissão	6.97
Distribuição	3.51
Encargos Sateriais	6.77
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	1.83
Total	13.31

77	77	78	27	93	100	101	106	55	65	72	91	62
RED	MAN	FEAR	JAN	DEEP	HOW	DEEP	WALK	9	JUST	JACK	RED	MAN

importante

Consta desta fatura R\$ 1.80 referente a PIS e COFINS.

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor. Desde o maior custo de operação. No mês de Mar/2014 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,00/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aeeol.gov.br

Nº do Cliente:	Referência:
Data de Emissão: 3562342-0	Valor A Pagar (R\$): 12,77
Nº da Nota Fiscal: 26/03/2014	Nº de Controle: 0003562342 00069 39772 63
337638761	

83600000000-8 12770031000-7 00035623420-3 00693977263-5





"0008"

Autenticação de documentos


CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que entregamos em mãos para **VITURINA FERNANDES DA COSTA**, a cópia do atendimento da paciente menor **FERNANDA FERNANDES DA SILVA** atendida nesta unidade de saúde no dia **24/02/2014**. Realizando RX de **JOELHO** Como segue em anexo.

Boa Viagem/CE, 22 de ABRIL de 2014.


AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO
DIRETORA CSAM
DIRETORA GERAL

INP 07.806.680/0001-847
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro- CEP- 63870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem-Ce

Recebimento:

Responsável: Viturina Fernandes da Costa
Documento de Identificação: 2080862920
Data: 08/05/2014



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

21 JUL. 2015

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE

Esta cópia confere com a
original dos nossos arquivos.
[Assinatura]
Responsável - CSAM

CNPJ 07.806.680/0001-84

Casa de Saúde Adília Maria

Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro - CEP 63870-000

Fone: (88) 3427-1136

Boa Viagem - Ce

24.02.

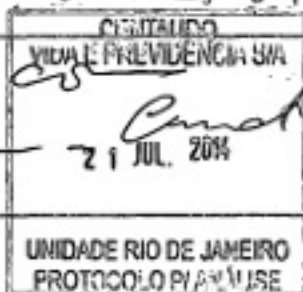
[Assinatura]

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é atestar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Fernanda Fernandes de Figueiredo</u>	NÚMERO DO SINISTRO: _____
RG: <u>CN: 35.962</u>	CPF: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>24/02/14</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>24/02/14</u>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <u>José Carlos Martins Filho</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>lesões do ligamento cruzado anterior, lesões do ligamento colateral medial e lesões meniscaleas mediais - Perumato</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>internamento ortopédico, medicação ortopédica e fisioterapia</u>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER: _____	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

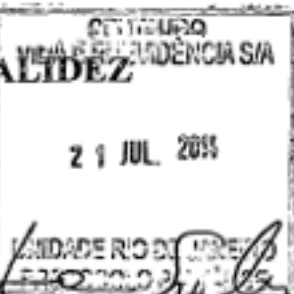
	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO
1º	<u>Joelho Dto (lesões ligamentos cruzado ante-rior, ligamento colateral medial e meniscaleas mediais).</u>
2º	<u>Extremidade superior</u>
3º	<u>Extremidade inferior</u>
4º	<u>Perumato</u>
5º	<u>Perumato</u>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____
 QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

<u>[Assinatura]</u> LOCAL	<u>12.06.14</u> DATA	<u>Dr. José Carlos Martins</u> Médico CRM-MEC 6076 ASSINATURA E CARIMBO
------------------------------	-------------------------	--

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ



DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNTO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

DATA DO ACIDENTE:

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. José Carlos Martins
Médico
CREMEC 6076

21 JUL 2014

ATESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Fernando Almeida da Silva

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em,

24.02.14

Sofreu as seguintes Lesões:

Lesões de fixamento
cruzado anterior, lesões de
fixamento colateral medial e
lesões menisco medial do joelho Dto
femurais.

Efetuiu os seguintes tratamentos:

Tretamento ortopedico
do joelho direito, com mobiliza-
ções ortopedicas + fisioterapia
ORT e curativos

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de

24.02.14 a 24.05.14

tendo findado seu tratamento,

recebeu ALTA DEFINITIVA em

25.05.14

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

Artrose
no joelho Dto, com dor
crônica deformidade, instabilidade,
falhas de fixamento, 1/2 fixação anterior
1/2 posterior, claudicação.

Paulo Henrique

Local

10/06/14

Data

Assinatura e Carimbo

Dr. José Carlos Martins
Médico
CREMEC 6076

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

CYCLOGRAFIA E IDENTIFICAÇÃO FURIAIS E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Vitorina Fernandes da Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2008084292 - 0

DATA E
EXPIR

"0012"

VITORINA FERNANDES DA COSTA

IMUNDO FERNANDES DE SOUSA

CRUZ VENANCIO FERNANDES

NATURALIDADE

DA VIAGEM - CE

DO ORIGEM

ERT CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 5.756 FOLHA: 136

LYRO: B-23 BOA VIAGEM - CE

DATA DE NASCIMENTO

14/07/1957

RG: ANT: 1186987

P: 103

LEI Nº 7.118 DE 25/05/83

Vitorina Fernandes da Costa

29 JUL 2008

UNIDADE DE REGISTRO CIVIL

MINISTÉRIO DE ECONOMIA,
FAZENDA E PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DE RECEITA FEDERAL

CIC

874 921 903/87

VITORINA FERNANDES DA COSTA

NASCIMENTO

14/07/57

ASSINATURA

Vitorina Fernandes da Costa

SUA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010932643652
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00982331096 RALTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2013

FRANCISCO CHARRAS FERREIRA LOPES

BOA VIAGEM /CE

04591064301

HWT4697/CE

PLACA ANTIGA

CHASSI

/CE 9C2KC08508R104172

ESPECIE VEICULO PAS/MOTOCICLO 150 AR 150

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA *****

VENC. COTA UNICA **/**/**

VENC. COTAS 1*****

2*****

3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICDF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PELO SOFIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010932643652 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodoltransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 20/09/2013

VIA 01 CPF/CNPJ 04591064301 PLACA HWT4697

RENAVAM 00982331096 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2008 CAT. 09 9C2KC08508R104172

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04 DETRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 ICDF (R\$) 1,11 TOTAL DO PRÊMIO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/09/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

02436

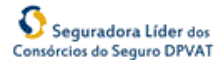
Igor Ponte

Superintendente



DETRAN-CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014575140**Cidade:** Boa Viagem**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FERNANDA
FERNANDES DA
SILVA**Data do acidente:** 24/02/2014**Emissor do
parecer:** Luiz Claudio
Correa
Canaan**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 480685

PARECER

Data da análise: 25/07/2014**Valoração do
IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO**Resultados
terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** SINISTRO PROVENIENTE DO CEARÁ**Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** LUIZ CLÁUDIO CORRÊA CANAAN**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano**% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014575140	Cidade: Boa Viagem	Natureza: Invalidez
Vítima: FERNANDA FERNANDES DA SILVA	Data do acidente: 24/02/2014	Emissor do parecer: GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 31/07/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50