



---

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10117967

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160709031 ASL-1166160/16  
**Vitima:** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 29/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDILENE SOARES ROCHA

**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](http://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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10134941

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160709031 ASL-1166160/16  
**Vítima:** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 29/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

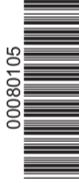
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10214791

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160709031 ASL-1166160/16  
Vitima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 29/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000722-6

Conta: 000001593-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

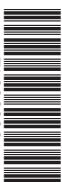
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT


**Nº DO SINISTRO**
**CAMPO PREENCHIDO PELA**
**Portaria PR/SEGURO/SA/00147**

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.

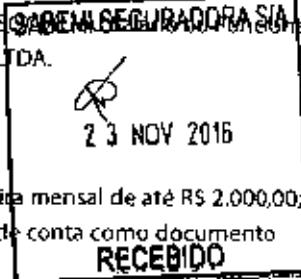
Eu, Christiane Moreira de Oliveira,

PORTADOR(A) DO RG Nº 39291036-94 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 06/19/94 E  
 CPF 07400306803-63 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO REC. DE ENFERMEIRA  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Christiane Moreira de Oliveira. 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 à constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou UPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**


 23 NOV 2016

**RECEBIDO**

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

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

 Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0722-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1593-8
**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

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

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

Christiane Moreira de Oliveira  
 LOCAL E DATA 15 de setembro de 2016 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO


**ATENÇÃO**

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

**Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.**

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 722-6 / 1593-8

Banco: 237-BANCO BRADESCO S/A

Valor a ser transferido:

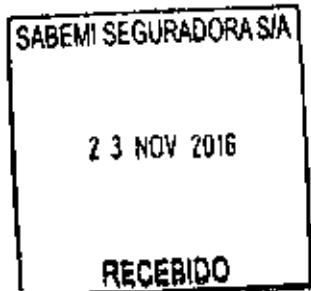
Tarifa de emissão de  
DOC:

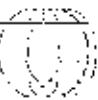
Valor total a ser  
debitado:

Destinatário: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ destinatário: 740.306.203-53

Finalidade: 99-Outros





**4096 0072 2001 5939**

4096 0722 6 0001593 8 03 00

07/16 AGENCIA 000  
VALOR R\$ 100,00

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVE

568

SABEMI SEGURADORA S/A
23 AGV 2012
RECEBIDO



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1359 / 2016

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **12/07/2016 09:35:11**

Data / Hora da Ocorrência: **29/06/2016 18:20:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO INHARÉ**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência:



Barcode de Identificação  
0001

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**

Nascimento: **02/08/1974** CPF:

RG : Orgão Emissor:

Filiação: **CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA  
CUSTODIO JOSÉ DE OLIVEIRA**

Endereço: **RUA PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366**

Bairro: **ALTO DA ESPERANÇA**

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

País: **BRASIL**

SABEMI SEGURADORA S/A

UF:

23 NOV 2016

CEP:

RECEBIDO

Telefone:

### Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano de fabricação/modelo 2014/2014 cor BRANCA, placa OSS-9660 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2KD0550ER221078 licenciada em seu nome; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome José Luciano Lopes do Nascimento, nascido aos 07/08/1983, portador da CNH nº 04675352732, filho de José Costa do Nascimento e de Rita Lopes do Nascimento, perdeu o controle do referido veículo momento em que colidiu com um animal (burro), vindo caírem ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura de punho esquerdo; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiros e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIANY EDARY FELICIANO ALVES - MAT.: 300030-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Christiane moreira de Oliveira



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

---

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1359 / 2016**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JEFFERSON HOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548-1-0**

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

**RECEBIDO**

Pag. 2 de 2

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Carteira de Identidade do IMI



Eu, Buritiene Moura de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 30991036-94 e inscrito no CPF/MF sob o nº 940.306.903-93, residente e domiciliado na Rua Pkl. Souza Pimentel, 366, Cidade Serrado Pompeu, Estado Pernambuco, 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.

Buritiene Moura de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Serrado Pompeu - PE 15/09/2016

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO

# Prova do ato declaratório



## FICHA DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

Documento de identificação:

10006-

Outras

D.N. 02108174

Nome do Paciente

Bristiane Moreira de Oliveira -

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Téc. de enfermagem	41	PD	F	Solteira	Sen. Pompeu	Bras.

Residência

R. Pe. Joaquim Lavalante, 366 - alto da Esperança

Pai: Brestodio José de Oliveira

Mae: Bristiane Moreira de Oliveira

Responsável

Ox. - materna

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular		29/06/16	
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal			19:20
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local		

### Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de queda voluntária evoluí com dor, edema e dificuldade de movimento pernas esquerda, extensões e mobilização agudizada, dor em perna direita,

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO	- Acidente voluntário	
MAX 130	MIN 80	AUXILIAR	RETAL	- Fratura clínica	

### TRATAMENTO:

- 1) Dexam 150mg 19:00
- 2) Alginato 10g 150+100g 19:00, 0 19:30
- 3) fralda sec. 150+100g 19:00, 0 (500) S/N
- 4) Observação
- 5) Radiografia lumb. esquerda
- 6) TAC 6655.4112

<b>DESTINO DADO AO PACIENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Saída 7-0012- <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <input checked="" type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento  <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b> 	Medicação Administrada por:	SABEMI SEGURADORA S/A
	Exames Complementares	23 NOV 2016
	Diagnóstico Definitivo	
	Ass. do Médico	RECEBIDO
		2016-11-23
		2016-11-23

# Prova do ato declaratório



## FICHA DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

Documento de identificação:

10006-

Outras

D.N. 02108174

Nome do Paciente

Bristiane Moreira de Oliveira -

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Téc. de enfermagem	41	PD	F	Solteira	Sen. Pompeu	Bras.

Residência

R. Pe. Joaquim Lavalante, 366 - alto da Esperança

Pai: Brestodio José de Oliveira

Mae: Bristiane Moreira de Oliveira

Responsável

Ox. - materna

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular		29/06/16	
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal			19:20
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local		

### Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de queda voluntária evoluí com dor, edema e dificuldade de movimento pernas esquerda, extensões e mobilização agudizada, dor em perna direita,

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO	- Acidente voluntário	
MAX 130	MIN 80	AUXILIAR	RETAL	- Fratura clínica	

### TRATAMENTO:

- 1) Dexam 150mg 19:00
- 2) Alginato 10g 150+100g 19:00, 0 19:30
- 3) fralda sec. 150+100g 19:00, 0 (500) S/N
- 4) Observação
- 5) Radiografia lumb. esquerda
- 6) TAC 6655.4112

<b>DESTINO DADO AO PACIENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Saída 7-0012- <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <input checked="" type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento  <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b> 	Medicação Administrada por:	SABEMI SEGURADORA S/A
	Exames Complementares	23 NOV 2016
	Diagnóstico Definitivo	
	Ass. do Médico	RECEBIDO
		2016-11-23
		2016-11-23

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 00000001593-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO16122016050000000002370072200000001593236250 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Bustiane Moreira de Oliveira,

RG nº 2997036.91, data de expedição 06/10/94, Órgão SSP-PE.

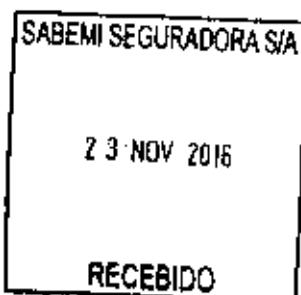
CPF nº 740.306.203-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Afonso Bezerra</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sinápolis</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721 - 2741</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sinápolis - PE 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Bustiane Moreira de Oliveira



86652-0

Rua Padre Valdebenito, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

## CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-A | N°

Rota 12 14000 05 155750 - 7 Data de Emissão 19/08/2016

Nome CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA

End. Postal PE JOACY CAVALCANTE 00366

- SENADOR PONPEU - 63600000

Medidor 14230446 Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA tarifa de Póndida 0,00

RG / CPF / CNPJ 518908953-34 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Ago/2016	Data da Abertura	Data da Apresentação	07/09/2016

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
117,34	2,38%	31,68

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4884.0443.322E.8599.8006.6403.6892.9324

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vida e Legenda: 0=normal 1=alerta 2=alta

Conjunto Jun/2015 ESQD 27,00

Mês

DIC = 0,30 P

	Mês	Todos	Atual	Média	Máx.	Mín.
DIC	5,43	30,66	21,73	0,00	0,13	0,00
HIC	0,36	6,72	13,43	0,00	1,00	0,00
DMIC	5,11			0,00		

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16						

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Bastiane Moreira de Oliveira,

RG nº 2997036.91, data de expedição 06/10/94, Órgão SSP-PE.

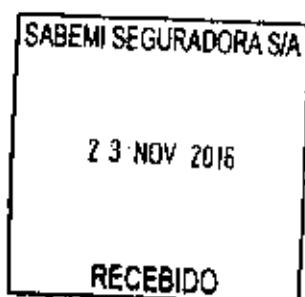
CPF nº 740.306.203-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Afonso Bezerra</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sinápolis</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721 - 2741</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sinápolis - PE 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Bastiane Moreira de Oliveira



86652-0

Rua Padre Valdebenito, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

## CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-A | N°

Rota 12 14000 05 155750 - 7 Data de Emissão 19/08/2016

Nome CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA

End. Postal PE JOACY CAVALCANTE 00366

- SENADOR PONPEU - 63600000

Medidor 14230446 Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA tarifa de Póndida 0,00

RG / CPF / CNPJ 518908953-34 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Ago/2016	Data da Abertura	Data da Apresentação	Data da Faturamento
	19/08/2016	20/08/2016	20/08/2016

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
117,34	2,38%	31,68

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4884.0443.322E.8599.8006.6403.6892.9324

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vida e Legenda: 0=normal 1=alerta 2=alta

Conjunto Jun/2015 ES00 27,00

Mês

DIC = 0,30 P

	Mês	Tér.	Atual	Média	Tér.	Atual
DIC	5,43	30,66	21,73	0,00	0,13	0,00
HIC	0,36	6,72	13,43	0,00	1,00	0,00
DMIC	5,11			0,00		

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
16929	16748	1,80		175	0,00	59	-0,24,62

Luz Acre	Luz Ameron	Gás	Combustível	Casa, hcd	Corre, fct	Rota (Residencial)	Votorantim
----------	------------	-----	-------------	-----------	------------	--------------------	------------



NF: 2473095

PLP: 53521890

PN066647719BR



**Destinatário:**

Edilene Soares - Avenida Francisco França Cambrai 970 -  
Zona Urbana - Senador Pompeu  
63600-000 - Ceará

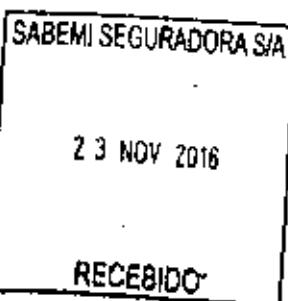


**Obs:**

**Remetente:**

alessandro dias - QI 4 Conjunto B 35 - GUAR I - Brasília  
71010-022 - Distrito-Federal

Importante: Informamos que o MercadoLivre Ltd se limita a publicação e os anúncios de bens adquiridos e não é o proprietário, seu jurado passa, não vende e não é responsável pelos bens comprados através das vendas realizadas nesse espaço, sendo a pessoa identificada neste documento o vendedor e responsável pelo bem fornecido.



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160709031      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/06/2016      **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ULNA ESQUERDA.

**Descrição do exame** APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE  
**médico pericial:** SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (15SS).  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Bolígrafo Digital

## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE , em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edilene Soares Rocha  
ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO

## **FICHA DE OCORRÊNCIA**

## **Documento de Identificação**



D.N. 02108174



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SENADOR POMPEU

**Nome do Paciente**

Bastião moreira de Oliveira -

Profissão Téc. de enfermagem	Idade 41	Cor PD	Sexo F	Estado Civil Solteira	Naturalidade Sem. Pompeu	Nac. Bras.
Residência R: Pe. Joaçir Lavalcante, 366 - alto da Esperança						
Pai Eustálio José de Oliveira						
Mãe Quiristina Moreira de Oliveira						
Responsável Dr. mesmo	Telefone:					
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento	Data 29/06/16	Hora 19:20	
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso					
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local				

### **Queixa principal e Resumo da Doença Atual**

Possui vários nódulos subcutâneos rígidos com dor, esses se distribuem de maneira mais exilada, espalhados - muito raramente doloridos, dor - não intensa,

DADOS CLÍNICOS					DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
130	80				

→ Acidose metabólica  
→ Enterite aguda

#### **TRATAMENTO:**

- 1) Dyma LFA. 100, G 19180
  - 2) Alouatta long. fta + local stages, G 19180
  - 3) Tarday. fta + local stages, tr. (SIN) SN.
  - 4) Oleracea
  - 5) Rodriguez mln. infusaria
  - 6) TACA 6655, P.R.

SABEMOS SEGURANZA S/A

23 NOV 2016

DESTINO DADO AO PACIENTE <i>Saída 2-0067</i>		Medicação Administrada por: <b>RECEBIDO</b> <i>JU</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <input checked="" type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento		Exames Complementares
		Diagnóstico Definitivo
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>[Signature]</i>		Ass. do Médico <i>[Signature]</i>



## ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Custiâng Morais

IE 0106116 recebeu atendimento médico em:

30/06/16 com diagnóstico de: Fratura

CID: S72.0

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 10 (100) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 30/06/2016.

Dr. Antonio Gaspar do Vale Neto  
Médico  
CRMCE 16.686

MÉDICO/CRM

COPIA

PRINTED IN BRAZIL

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO



# Dr. F<sup>co</sup> Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira  
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia  
no Instituto Dr. José Frota - IJF

Assinado Médico

União de Cristiane Moreira de  
Oliveira encerra-se da seguinte forma  
por CID SS2.6, necessitando  
de 30 (TRINTA) DÍAS DE AGENDAMENTO  
DE SUSPENSÃO DE OBRAIS

Dr. Fco Costa Neto.  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM: 16004 TROT: 14744

07/07/16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO  
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO.



# Dr. F<sup>co</sup> Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira  
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia  
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

CRM-PE 1000 - Olhos a Omens

Alcance 1000 - Olhos  
Op 10 12/12

Dr. Fco Costa Neto  
Ortopedista, Traumatologista  
CRM-PE 1000 TEC: 14744

07.07.16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO  
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO



# Dr. F<sup>co</sup> Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira  
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia  
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Orcamento Abusivo de Quase

X do Povo E AP  
P

Dr. Fco Costa Neto  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM: 12634 TEC: 14744

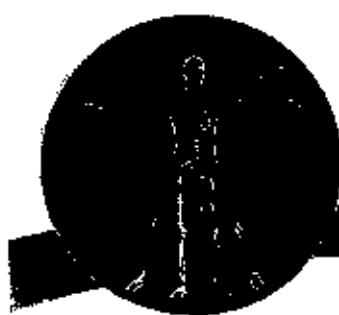
- CLÍNICA E CIRURGIA      • TRAUMATOLOGIA GERAL      • ORTOPEDIA DO IDOSO  
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO      • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO -

# Dr. F<sup>co</sup> Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira  
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia  
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF



- PI CRISTALINO - Morada os. Quirino

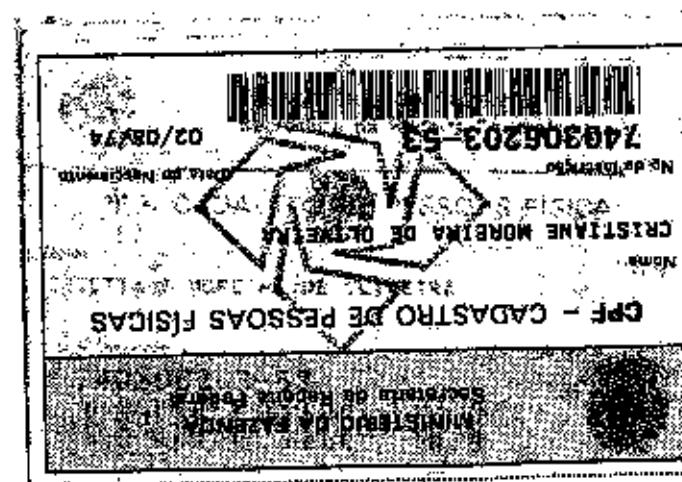
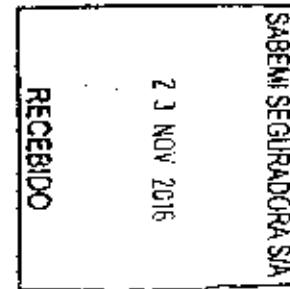
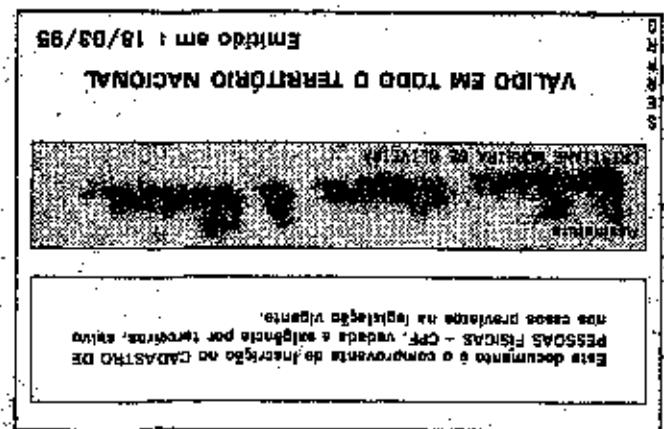
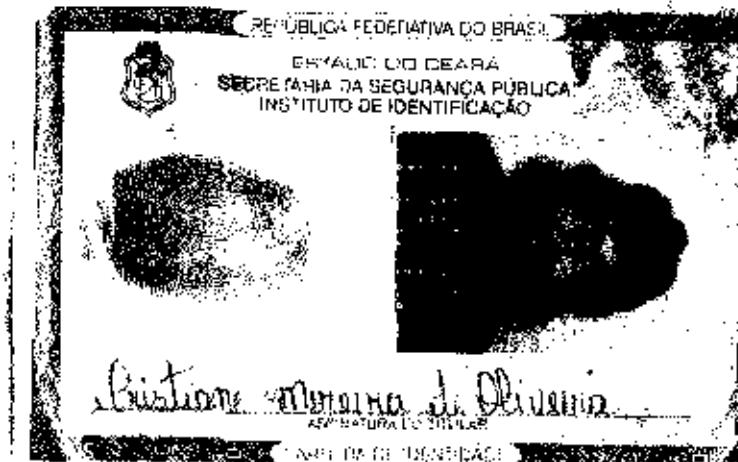
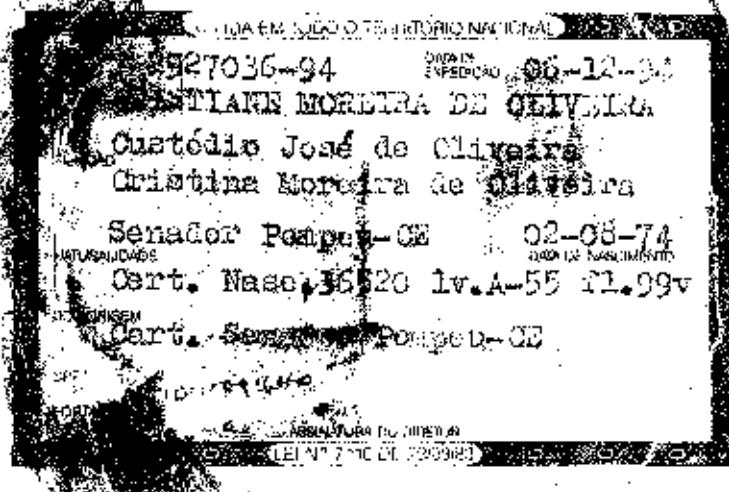
Gesso tipo lava em MOLHO SUPERIOR ESQUERDA

POR 3 SEMANAS.

07.07.16 Dr. F<sup>co</sup> Costa Neto  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 12654 TEOT: 14744

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO  
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO.





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **740.306.203-53**

Nome da Pessoa Física: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **02/08/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/03/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:05:40** do dia **08/10/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C56F.BDA6.94BC.FB34**

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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A
23-NOV-2016
RECEBIDO



00000000000000000000000000000000

631518333

PRINTING PLASTIFICAÇÃO

631518333

SILVENE SOARES ROCHA	
DOCUMENTAÇÃO / OBRIGATÓRIA	SGP
291827694	CF
650.734.873-20	DATA NACIMENTO 01/02/1981
NOME	
EXPEDITO MONTES ROCHA	
MARIA ZULIA SOARES ROCHA	
PERÍODO	ACE
PERÍODO	04 MAIS
PERÍODO	PERÍODO
PERÍODO	29/06/2009
SEM OBSERVAÇÃO:	
<i>Silvane Soares Rocha</i> ATENÇÃO AO PORTADOR	
LOCAL	DATA EMISSÃO
OCAKADA, CE	13/11/2010
FRANCISCO JOSÉ GALEGO CALCAZONI	30300304136
AVULVIMENTO DE VIDA	CML11779680

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2015

RECEBIDO





INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO:

ESTE DOCUMENTO POSSUI DOIS EXTRATOS PARA PAGAMENTO, REFERENTES AO: (1) LICENCIAMENTO DO VEÍCULO E (2) SEGURO OBRIGATÓRIO, DEVENDO SER PAGO OS DOIS EXTRATOS PARA PLENA REGULARIZAÇÃO DO VEÍCULO.

INTERIOR

2015

Nº Doc. 1.50017749-8

Vencimento: 10/12/2015



## EXTRATO DE LICENCIAMENTO

Documento de Arrecadação

Placa: OSS9560		Exercício: 2015	Folha(s): 1/1	
Órgão	Taxa de Licenciamento / Multas	Cód.	Nº AIT	Valor (R\$)
	TAXA DE LICENCIAMENTO 2015 TAXA DE POSTAGEM DE DOCUMENTOS [CALV] 2015	201 275		53,42 10,01
Taxa de Licenciamento (R\$): 63,43		Multas (R\$): 0,00	Lic. + Multas (R\$):	63,43



## EXTRATO DO SEGURO OBRIGATÓRIO

Seguro Obrigatório Danos Pessoais

Name: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 740.306.203-53	Placa: OSS9560
Exercício: 2015	Prêmio Líquido: 290,90	IOF (0,36%): 1,11

Cód. Seguro: 09

Prêmio Total (R\$): 292,01

Autenticado e Assinado Digitalmente

Autenticado e Assinado Digitalmente

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A  
23 NOV 2016

For Editorial Use Only

<b>CAIXA Loterias</b>	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000

- 3 -

6

CAIXA Loterias

VXIV

caixa Le

CAIXA Loterias

YIA WU HU

100-1140068824 42014612461062  
100-114017701 68321115057

四 | 五

• 100% 有機棉

**At** present, we have no clear idea of what is going on in the world. We

W. L. P. 1970-1971

W/Dez/2019 - 10:00 AM

1981, 01, 00000001  
1981, 01, 00000001  
AC, 010000000001

1996-1997  
1997-1998

WPS Office 2019

九

http://www.ijerph.org

YIA WU HU

Lefèvres

CAIXA Loterias

\* Conduzia o veículo no acidente



SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180234637  
**Vítima:** JONAS DE JESUS RAMOS

**Cidade:** Aracaju  
**Data do acidente:** 22/06/2014

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
 FRATURA DE PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DANO PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETO DE REPERCUSSÃO INTENSA EM 2º QUIRODÁCTILO E PUNHO DIREITOS

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO E PUNHO DIREITOS

**Documentos complementares:**

**Observações:** Nº DO LAUDO 8199/2015  
 DATA DO LAUDO 04/11/2015  
 DE ACORDO COM O QUESITO 6º.

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>8,75 %</b>	<b>R\$ 1.181,25</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Paula Dias Carneiro

**CRM:** 52730980

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160709031      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/06/2016      **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/12/2016

**Valorização do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE ULNA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

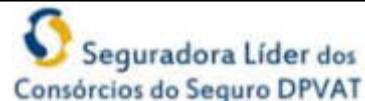
**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160709031      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/06/2016      **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ULNA ESQUERDA.

**Descrição do exame** APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE  
**médico pericial:** SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (15SS).  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Comprovação da sua validade

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Enildene Moreira de Oliveira  
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
 Profissão: Técnica Enfermagem  
 Identidade: 9999036.94 CPF: 740.306.903-93  
 Endereço: Rua Dr. Soárez Encantado, 366  
 Bairro: Cinco  
 Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600-000

### OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional  
 Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,  
 CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo, do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Enildene Moreira de Oliveira.

Local e data:  
 Rio de Janeiro - RJ - Brasil - 01 de Novembro de 2016

Senador Pompeu - CE, 01 de Outubro de 2016.

x Enildene Moreira de Oliveira  
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO

