

No meio em que vive e se relaciona social e profissionalmente, se ela gozava de estima e respeito, continua, por certo, a desfrutar desses mesmos conceitos. O cotidiano, o modus vivendi da autora em nada foi modificado em função das atitudes da ré.

A ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado! Assim exigem a lei, a doutrina e a jurisprudência. Portanto, não deve ser acolhida a legação de dano moral, devendo ser rejeitado qualquer pedido nesse sentido, o que se requer desde já.

#### DA CONCLUSÃO

Ante tudo o quanto foi exposto, requer seja acolhida a súplica em preliminar, conforme considerações preliminares.

Por fim, que seja julgado improcedente o pleito autoral, com base no artigo 487, I do CPC, em razão da perda do objeto, pelo fato de a indenização já ter sido paga e a plena quitação outorgada pelo autor quando do recebimento da indenização.

Em último caso, na remota possibilidade de sofrer a Ré qualquer condenação, que sejam observados os limites aduzidos nessa peça de bloqueio. No sentido de que:

- sejam observadas as alterações trazidas pelas Medidas Provisórias nº 340/2006 e 451/2008, mantidas pelas Leis 11482/2007 e 11.945/2009, tanto no valor máximo indenizatório fixado quanto pelo que prevê que a invalidez é parcial ou total.

- sejam os juros contabilizados desde a citação válida e a correção monetária desde o ajuizamento da ação.

- que seja a verba honorária fixada no mínimo legal de 10% e, se isto não ocorrer, que seja observado o teto estabelecido pela Lei de Assistência Judiciária Gratuita de 15% sobre o valor da condenação.

- seja rejeitado o pedido de reparação de dano moral;

Protestando provar o exposto pelo depoimento pessoal do autor, sob pena de confesso a fim de seja confirmado se recebeu a indenização por livre e espontânea vontade sem coação ou qualquer vício; bem como de prova testemunhal e juntada de documentos suplementares.

Por fim, vem, requerer a inclusão do nome do advogado **FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JUNIOR**, inscrito na OAB/CE 16.045, sob pena de nulidade nos termos do Art. 272 e seguintes do CPC.

AMM 2360942



RJ - Av. Rio Branco, 245 - 8º Andar - Centro - CEP 20040-009 - Rio de Janeiro/RJ - Fone: (21) 3037.7704  
CE - Rua José Alencar Ramos, 385 - Eng. Luciano Cavalcante - CEP 60813-565 - Fortaleza/CE - Fone: (85) 3262.3497  
PE - Rua Francisco Alves, 105 - Salas 301/302 - Ilha do Leite - CEP 50070-490 - Recife/PE - Fone: (81) 3221.7854

[www.aldairtoncarvalho.com.br](http://www.aldairtoncarvalho.com.br)

Nestes Termos  
Pede Deferimento  
Viçosa do Ceará/CE, 17 de julho de 2017.

FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JUNIOR  
OAB/CE N.º 16.045

*[Handwritten signature]*  
OAB/CE 16.045

**QUESITOS**

- 1 - Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado.
- 2- Queira o Sr. Perito informar se existe nexos causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no autor.
- 3 - Queira o Dr. Perito esclarecer se a lesão sofrida pelo periciado é de molde a deixar sequelas que resultem na sua invalidez permanente.
- 4- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função de acidente automobilístico ou outras causas.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer se a perda ou diminuição de função de algum órgão do periciado é de caráter temporário ou definitivo; e em que percentual este órgão está lesionado.
- 6-Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o que mais julgue necessário.

AMM 2360942



RJ - Av. Rio Branco, 245 - 8º Andar - Centro - CEP 20040-009 - Rio de Janeiro/RJ - Fone: (21) 3037.7704  
CE - Rua José Alencar Ramos, 385 - Eng. Luciano Cavalcante - CEP 60813-565 - Fortaleza/CE - Fone: (85) 3262.3497  
PE - Rua Francisco Alves, 105 - Salas 301/302 - Ilha do Leite - CEP 50070-490 - Recife/PE - Fone: (81) 3221.7854

[www.aldairtoncarvalho.com.br](http://www.aldairtoncarvalho.com.br)

**ANEXO I**

(art. 3º da Lei nº 9.164, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Totais | Percentual da Perda |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------|
| Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                   | 100    |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                  |        |                     |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                             |        |                     |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                   |        |                     |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |        |                     |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | Percentuais das     |
| Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores                                                                                                                                                                                                                                                              |        | Perdas              |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                              | 70     |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50     |                     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                       | 25     |                     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                   | 10     |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                     |

AMM 2360942



RJ - Av. Rio Branco, 245 - 8º Andar - Centro - CEP 20040-009 - Rio de Janeiro/RJ - Fone: (21) 3037.7704  
CE - Rua José Alencar Ramos, 385 - Eng. Luciano Cavalcante - CEP 60813-565 - Fortaleza/CE - Fone: (85) 3262.3497  
PE - Rua Francisco Alves, 105 - Salas 301/302 - Ilha do Leite - CEP 50070-490 - Recife/PE - Fone: (81) 3221.7854

[www.aldairtoncarvalho.com.br](http://www.aldairtoncarvalho.com.br)

| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                 | Percentuais das Perdas |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais                                                   |                        |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                        | 25                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                            | 10                     |

**ANEXO II**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO**

AMM 2360942



RJ - Av. Rio Branco, 245 - 8º Andar - Centro - CEP 20040-009 - Rio de Janeiro/RJ - Fone: (21) 3037.7704  
CE - Rua José Alencar Ramos, 385 - Eng. Luciano Cavalcante - CEP 60813-565 - Fortaleza/CE - Fone: (85) 3262.3497  
PE - Rua Francisco Alves, 105 - Salas 301/302 - Ilha do Leite - CEP 50070-490 - Recife/PE - Fone: (81) 3221.7854

[www.aldairtoncarvalho.com.br](http://www.aldairtoncarvalho.com.br)

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*

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 Francisco da Conceição Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2000028057377 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 1/1/1 E  
CPF 0109350703-02 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ---  
E RENDA MENSAL DE R\$ 300 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS:

(\*) A Circular Susesp 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](http://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 0973 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 43.2906

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 \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco da Conceição Silva

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.ibiapaba

DATA: 07/02/2014

HORA: 09:25:33

TERMINAL: 07851015

CONTROLE: 078510150105

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA

CONTA : 013.00.063.354-3

NOME : ANTONIA MARIANO DOS SANTOS

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0973 / PLANALTINA

CONTA : 013.00.043.290-6

NOME : FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 07/02/2014

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO  
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O  
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Francisco da Conceição Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Lages, S/N  
Centro Várzea do Ceará CE CEP: 62300-970  
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2000028057377  
Data local do exame: [ 31/03/2014 ] Tianguá [ CE ]

66

**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 exposta grave pé esquerdo.**

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

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

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

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

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

**Operou amputação traumática pé esquerdo região lateral pé esquerdo à nível de diáfise metatarso esquerdo e fixação 4 pododáctilo esquerdo.**

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

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(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.

**Evolui com rigidez e sequela pé esquerdo, limitação motora e funcional.**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem 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):

**Fratura exposta pé esquerdo com amputação traumática pé esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 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

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

( ) Total = "100% da IS"

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

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



**Márcio Leonardo B. Veras**  
Médico  
CRM 10269



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL - DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL  
UNIDADE POLICIAL DE FRECHERINHA

582375



BOLETIM DE Ocorrências - B.O.  
49/2014 CIOPS:

DADOS DA Ocorrência

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS  
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 02/02/2014 12:45  
DATA/HORA DA Ocorrência: 13/10/2013 14:15  
ENDEREÇO DA Ocorrência: SÍTIO LAGES  
ZONA RURAL CEP: 62.300-000  
VIÇOSA DO CEARÁ-CE  
PONTO DE REFERÊNCIA: LADEIRA

DADOS DO NOTICIANTE

NOME: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
DOC: 2000028057377 ORGÃO: SSP UF: CE  
DATA DE NASCIMENTO: 25/04/1980  
FILIAÇÃO: CESÁRIO JOÃO DA SILVA  
ADELAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO  
ENDEREÇO: SÍTIO LAGES  
ZONA RURAL CEP: 62.300-000  
VIÇOSA DO CEARÁ-CE  
PONTO DE REFERÊNCIA: CASA DO PAULO  
TELEFONE: -

BOLETIM DE Ocorrência

\*1004026\*



HISTÓRICO:

Compareceu a esta Unidade Policial para noticiar na data de 13/10/2013, por volta das 14:15h, guiava a motocicleta de Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS, cor: VERMELHA, placa JJY7391, ano e modelo de fabricação 2005/2005, chassi 9C2KC08105R104774, de propriedade de FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA, pela localidade de Sítio Lages, descendo a serra da Ibiapaba, no sentido Viçosa - Granja/CE, zona rural de zona rural de Viçosa do Ceará-CE, quando se encontrava em um trecho curvo veio a colidir com outra motocicleta (Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS, cor: AZUL, placa JJS5561/DF, chassi 9C2JC30104R078472, de propriedade de CLAUDINEI BRANDÃO PEREIRA); QUE em decorrência do acidente perdeu o dedo mínimo e fraturou o segundo dedo pé esquerdo; QUE foi socorrido ao Hospital Local e de lá transferido ao Hospital Med. C. A. B. Nunes em Tianguá-CE, onde recebeu atendimento médico especializado, até a presente data não conseguiu se recuperar plenamente das sequelas do acidente.

DADOS DA VÍTIMA

Noticiante

DELEGACIA DESTINO:

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 133.968-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco da Conceição Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

07 MAR 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

Antônio da Silva Barbosa Júnior  
Escrivão de Polícia  
Mat 133.968-1-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco da Conceição, portador da carteira de identidade nº 20000280573 e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.850.703-02, residente e domiciliado na Sítio Lage, Cidade Vicosa, Estado Minas Gerais, 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;

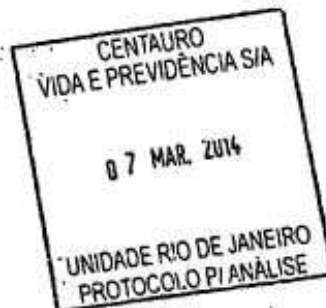
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Y

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data



69

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco da Conceição, portador da carteira de identidade nº 20000280573 e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.850.703-02 residente e domiciliado na Sítio Iages Cidade Vicosa Estado Minas 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.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

\_\_\_\_\_

Local e data

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
  
07 MAR. 2014  
  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO PI/ANÁLISE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2



DATA DA TRANSFERENCIA:

07/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

5.062,50

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

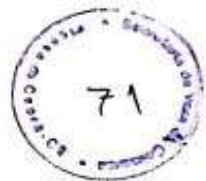
CLIENTE: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00973

CONTA: 000000043290-6

Nr. da Autenticação 52FC750DD9B8E91C



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



\*1004040\*

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco da Conceição SilvaRG nº 200028057, data de expedição   /  /  , Órgão SSP-CE.

CPF nº 016-850.703-08 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>sítio Lages</u>    |
| Número                            | <u>SIN</u>            |
| Apto / Complemento                | <u>16</u>             |
| Bairro                            |                       |
| Cidade                            | <u>Vicosa</u>         |
| Estado                            | <u>Ceará</u>          |
| CEP                               |                       |
| Telefone de Contato               | <u>(88) 3671-4448</u> |
| E-mail                            |                       |

Contato:  
(88) 3671-4448 / 9904-6519  
Fátima Silva

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Francisco da Conceição SilvaCENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

Sinistro: 0000/58 2375



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco da Conceição Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão SSP-CE

CPF nº \_\_\_\_\_, 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:

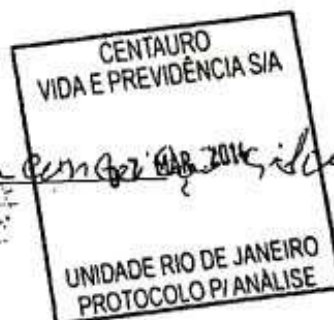
|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Sítio Lages</u>    |
| Número                            | <u>514</u>            |
| Apto / Complemento                |                       |
| Bairro                            | <u>Zona rural</u>     |
| Cidade                            | <u>Licosa</u>         |
| Estado                            | <u>Ceará</u>          |
| CEP                               |                       |
| Telefone de Contato               | <u>(88) 3671-4448</u> |
| E-mail                            |                       |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante:

Francisco da Conceição Silva



73

231381368  
24 31143 01 020340 - 2  
J0770 J0577 OLIVEIRA DOS SANTOS  
ST LAJES 00000  
OESTE - VICOSA CEARA -  
23546777  
RURAL MONOFASICO  
0000 A765  
0.00

[illegible]

02/09/2011

24,26

|                      |       |
|----------------------|-------|
| End 803 .....        | 14.00 |
| To Submissions ..... | 0.00  |
| Post-Test .....      | 0.00  |
| End 803 .....        | 1.00  |
| Post-Test .....      | 1.00  |
| Total .....          | 24.00 |

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

## CONTAS EM ATRASO

[illegible]

10-10-65  
11-10-65  
12-10-65  
1-10-66  
2-10-66  
3-10-66  
4-10-66  
5-10-66  
6-10-66  
7-10-66  
8-10-66  
9-10-66  
10-10-66  
11-10-66  
12-10-66  
1-10-67  
2-10-67  
3-10-67  
4-10-67  
5-10-67  
6-10-67  
7-10-67  
8-10-67  
9-10-67  
10-10-67  
11-10-67  
12-10-67  
1-10-68  
2-10-68  
3-10-68  
4-10-68  
5-10-68  
6-10-68  
7-10-68  
8-10-68  
9-10-68  
10-10-68  
11-10-68  
12-10-68  
1-10-69  
2-10-69  
3-10-69  
4-10-69  
5-10-69  
6-10-69  
7-10-69  
8-10-69  
9-10-69  
10-10-69  
11-10-69  
12-10-69  
1-10-70  
2-10-70  
3-10-70  
4-10-70  
5-10-70  
6-10-70  
7-10-70  
8-10-70  
9-10-70  
10-10-70  
11-10-70  
12-10-70  
1-10-71  
2-10-71  
3-10-71  
4-10-71  
5-10-71  
6-10-71  
7-10-71  
8-10-71  
9-10-71  
10-10-71  
11-10-71  
12-10-71  
1-10-72  
2-10-72  
3-10-72  
4-10-72  
5-10-72  
6-10-72  
7-10-72  
8-10-72  
9-10-72  
10-10-72  
11-10-72  
12-10-72  
1-10-73  
2-10-73  
3-10-73  
4-10-73  
5-10-73  
6-10-73  
7-10-73  
8-10-73  
9-10-73  
10-10-73  
11-10-73  
12-10-73  
1-10-74  
2-10-74  
3-10-74  
4-10-74  
5-10-74  
6-10-74  
7-10-74  
8-10-74  
9-10-74  
10-10-74  
11-10-74  
12-10-74  
1-10-75  
2-10-75  
3-10-75  
4-10-75  
5-10-75  
6-10-75  
7-10-75  
8-10-75  
9-10-75  
10-10-75  
11-10-75  
12-10-75  
1-10-76  
2-10-76  
3-10-76  
4-10-76  
5-10-76  
6-10-76  
7-10-76  
8-10-76  
9-10-76  
10-10-76  
11-10-76  
12-10-76  
1-10-77  
2-10-77  
3-10-77  
4-10-77  
5-10-77  
6-10-77  
7-10-77  
8-10-77  
9-10-77  
10-10-77  
11-10-77  
12-10-77  
1-10-78  
2-10-78  
3-10-78  
4-10-78  
5-10-78  
6-10-78  
7-10-78  
8-10-78  
9-10-78  
10-10-78  
11-10-78  
12-10-78  
1-10-79  
2-10-79  
3-10-79  
4-10-79  
5-10-79  
6-10-79  
7-10-79  
8-10-79  
9-10-79  
10-10-79  
11-10-79  
12-10-79  
1-10-80  
2-10-80  
3-10-80  
4-10-80  
5-10-80  
6-10-80  
7-10-80  
8-10-80  
9-10-80  
10-10-80  
11-10-80  
12-10-80  
1-10-81  
2-10-81  
3-10-81  
4-10-81  
5-10-81  
6-10-81  
7-10-81  
8-10-81  
9-10-81  
10-10-81  
11-10-81  
12-10-81  
1-10-82  
2-10-82  
3-10-82  
4-10-82  
5-10-82  
6-10-82  
7-10-82  
8-10-82  
9-10-82  
10-10-82  
11-10-82  
12-10-82  
1-10-83  
2-10-83  
3-10-83  
4-10-83  
5-10-83  
6-10-83  
7-10-83  
8-10-83  
9-10-83  
10-10-83  
11-10-83  
12-10-83  
1-10-84  
2-10-84  
3-10-84  
4-10-84  
5-10-84  
6-10-84  
7-10-84  
8-10-84  
9-10-84  
10-10-84  
11-10-84  
12-10-84  
1-10-85  
2-10-85  
3-10-85  
4-10-85  
5-10-85  
6-10-85  
7-10-85  
8-10-85  
9-10-85  
10-10-85  
11-10-85  
12-10-85  
1-10-86  
2-10-86  
3-10-86  
4-10-86  
5-10-86  
6-10-86  
7-10-86  
8-10-86  
9-10-86  
10-10-86  
11-10-86  
12-10-86  
1-10-87  
2-10-87  
3-10-87  
4-10-87  
5-10-87  
6-10-87  
7-10-87  
8-10-87  
9-10-87  
10-10-87  
11-10-87  
12-10-87  
1-10-88  
2-10-88  
3-10-88  
4-10-88  
5-10-88  
6-10-88  
7-10-88  
8-10-88  
9-10-88  
10-10-88  
11-10-88  
12-10-88  
1-10-89  
2-10-89  
3-10-89  
4-10-89  
5-10-89  
6-10-89  
7-10-89  
8-10-89  
9-10-89  
10-10-89  
11-10-89  
12-10-89  
1-10-90  
2-10-90  
3-10-90  
4-10-90  
5-10-90  
6-10-90  
7-10-90  
8-10-90  
9-10-90  
10-10-90  
11-10-90  
12-10-90  
1-10-91  
2-10-91  
3-10-91  
4-10-91  
5-10-91  
6-10-91  
7-10-91  
8-10-91  
9-10-91  
10-10-91  
11-10-91  
12-10-91  
1-10-92  
2-10-92  
3-10-92  
4-10-92  
5-10-92  
6-10-92  
7-10-92  
8-10-92  
9-10-92  
10-10-92  
11-10-92  
12-10-92  
1-10-93  
2-10-93  
3-10-93  
4-10-93  
5-10-93  
6-10-93  
7-10-93  
8-10-93  
9-10-93  
10-10-93  
11-10-93  
12-10-93  
1-10-94  
2-10-94  
3-10-94  
4-10-94  
5-10-94  
6-10-94  
7-10-94  
8-10-94  
9-10-94  
10-10-94  
11-10-94  
12-10-94  
1-10-95  
2-10-95  
3-10-95  
4-10-95  
5-10-95  
6-10-95  
7-10-95  
8-10-95  
9-10-95  
10-10-95  
11-10-95  
12-10-95  
1-10-96  
2-10-96  
3-10-96  
4-10-96  
5-10-96  
6-10-96  
7-10-96  
8-10-96  
9-10-96  
10-10-96  
11-10-96  
12-10-96  
1-10-97  
2-10-97  
3-10-97  
4-10-97  
5-10-97  
6-10-97  
7-10-97  
8-10-97  
9-10-97  
10-10-97  
11-10-97  
12-10-97  
1-10-98  
2-10-98  
3-10-98  
4-10-98  
5-10-98  
6-10-98  
7-10-98  
8-10-98  
9-10-98  
10-10-98  
11-10-98  
12-10-98  
1-10-99  
2-10-99  
3-10-99  
4-10-99  
5-10-99  
6-10-99  
7-10-99  
8-10-99  
9-10-99  
10-10-99  
11-10-99  
12-10-99  
1-10-00  
2-10-00  
3-10-00  
4-10-00  
5-10-00  
6-10-00  
7-10-00  
8-10-00  
9-10-00  
10-10-00  
11-10-00  
12-10-00  
1-10-01  
2-10-01  
3-10-01  
4-10-01  
5-10-01  
6-10-01  
7-10-01  
8-10-01  
9-10-01  
10-10-01  
11-10-01  
12-10-01  
1-10-02  
2-10-02  
3-10-02  
4-10-02  
5-10-02  
6-10-02  
7-10-02  
8-10-

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
07 MAR 2014  
UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO PJANALISE



## RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

VITIMA: Francisco da Conceição SilvaDATA DO ACIDENTE: 13/10/13

1-ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Ataque Agudo no  
clima Radiológico em diagnóstico  
grave p/ fratura extremidade

2-RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VITIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO:

13/10/13 operação Regulação com proteção  
traumática p/ toda região lateral p/  
a qual diagnóstico metatarsal e fixação por osteossíntese  
evolução regulada

3-A VITIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS? ☒ SIM ( ) NÃOEM CASO POSITIVO DESDE QUE DATA 27/10/134-A VITIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS? ☒ SIM (ANEXAR CÓPIAS) ( ) NÃO

5-APÓS O TÉRMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA, QUE O TORNE INCAPAZ PARA SUAS FUNÇÕES HABITUAIS?

☒ SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S), OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUALIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS(%), OU NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL, (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM.

Sequela p/ e 27 80%

DECLARO QUE EXAMINEI A VITIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SEGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VITIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA LIDER, EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DE GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGURO EM VIGOR.

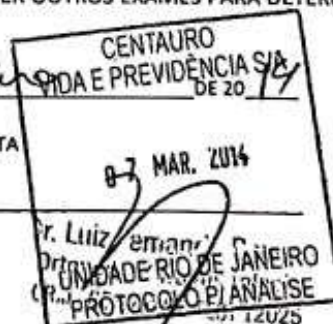
Ortopedia / Trauma 30 DE junho

LOCAL

DATA

DR(A)

ASSINATURA - CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE





# FICHA DE REFERENCIA



VICOSA DO CEARÁ

MA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ  
de Origem: H M M V E  
rito Sanitário: 13. CRB

Nome: F. W. da CONCEIÇÃO JELVA Município: Vicosa do Ceará

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 05.04.80 Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: St. Luís Ocupação: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: Vicosa do Ceará Fone: \_\_\_\_\_

Motivo de Encaminhamento: Neumonia de Quiloma Espontânea

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada: Exame + tratamento de 14 dias + Rotafem

Impressão Diagnóstica: Disfunção traumática no pulmão + trauma no ombro B

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: THAIA BROUGGI

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Hora

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para Seguimento: \_\_\_\_\_

O Problema justificou a referência? ☐

Motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNE  
TRIANGUA - CE.

Guia de atendimento - AMBULATORIO (BLOCO NOVO)

Prontuário: 146333  
Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
RG: 2000028057377  
Pai: CESARIO JOAO DA SILVA  
Endereço: SÍTIO LAGES, SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge:  
Endereço: SÍTIO LAGES, SN  
Data Atendimento: 07/11/2013  
Médico: MARCEL DE ALENCAR PITA  
Tipo Atendimento: RETORNO  
Indicador de Acidente:  
Observação:

CNS: 708502347740372

Guia Aut:

Sexo: M  
Data Nascimento: 25/04/1980 Idade: 33 Ano(s)  
Mãe: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO  
Telefone: 88 36321119 CEP: 62300  
Município: VICOSA DO CEARA UF:  
Empresa:  
Matricula:  
Responsável: FRANCISCO  
Município: VICOSA DO CEARA UF:  
Sala:  
CRM/UF: 10671/CE  
Funcionário: RENATA VIEIRA BEZERRA DI  
CPF do Responsável:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X  
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduz)

Inet: 11. 10. 13. :  
Pé (F).

PCT retina  
Parti do 1  
em vista, m

trauma com sus de mão esquerda  
de amputar traumática de 5º P.D.B  
+ fratura exposta de 4º P.M.

com: ① Retina fraca  
② unido

Dr. Marcel Pita  
Ortopedista e Traumatologista  
CREMELC: 10671/1-PR01 12915

MARCEL DE ALENCAR PITA - CRM: 10671

curativo OK  
10-01



PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
ESPELHO DA AIH

PAG: 253  
DATA: 03/12/2013

ESFERA: PRIVADO  
Situação: EXPORTADA  
Tipo: 01-INICIAL  
APRESENTAÇÃO: 11/2013  
Apresentação: 11/2013  
Data Autorização: 13/10/2013

Orgão Emissor: M231340101  
Doc med resp: 980016279752823  
CRC: 030340E500 Enfermaria: 115  
Doc diretor clínico: 203799857260005 Doc médico solicit: 980016279752823

Nome: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
Data nasc: 25/04/1980 Sexo: MASCULINO  
Nacionalidade: 010 - BRASIL  
Tipo Doc: Identidade  
Nome da Mãe: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO

Endereço: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO  
RUA LAGES SN CASA BAIRO: ZONA RURAL  
UF: CE CEP: 62300-000  
Raza/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (88)0353-21119 Muda Proc: 7: NAO

Procedimento solicitado: 04.08.05.071-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA  
Procedimento principal: 04.08.05.071-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA  
Diag. principal: S929-FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Complementar: 02 - URGENCIA  
Data saída: 15/10/2013 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01: CNS  
Causas Externas (Acidentais ou Violência):  
CNPJ do Empregador:  
Vínculo Previdência:

AIH Anterior:  
AIH Posterior:

CNAER: -  
CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Documento CBO | CNES/CNPJ       | Apurar Valor n/ Qtda | Cmpo | Descrição                                   |
|---------------|-----------------|----------------------|------|---------------------------------------------|
| 0408050713    | 203680649420006 | 225151(6)            | 1    | 10/2013 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /   |
| 0408050713    | 203680649420006 | 225151(6)            | 1    | 10/2013 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /   |
| 0408050713    | 203680649420006 | 225151(6)            | 1    | 10/2013 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO |

Número de Nascidos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos: N° Pré-Natal:

De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Confero com Original  
24/01/14  
Assinatura

CENTAURO  
VIDA E PREVIDENCIA S/A

07 MAR. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

78

10

Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital e Maternidade Madalena Nunes

3 - NOME DO PACIENTE: PAULO DO AMARAL SOUZA

4 - NOME DO RESPONSÁVEL: ADELIA ME

5 - DATA DE NASCIMENTO: 25/04/80

6 - Nº DO PROTOCOLO: 146333

7 - CIES: 2560852

8 - SEXO: M

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ST. LAGES

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: LAGOS

11 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 15 - UF: CE

12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: transtorno de conduta, depressão, ansiedade, síndrome de estresse pós-traumático.

14 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): transtorno de conduta.

15 - DIAGNÓSTICO INICIAL: transtorno de conduta.

16 - CID 10 PRINCIPAL: F41.0

17 - CID 10 SECUNDÁRIO: F41.1

18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: F41.2

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: internação hospitalar.

20 - CLÍNICA: 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 28 - DOCUMENTO: 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 30 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 31 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO: 32 - Nº DO BILHETE: 33 - SÉRIE: 34 - CNPJ DA SEGURADORA: 35 - CNPJ EMPRESA: 36 - CNPJ DA EMPRESA: 37 - CHAE DA EMPRESA: 38 - CBOR: 39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: 40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 59 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 62 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 63 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 64 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 65 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 67 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 68 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 69 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 70 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 71 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 72 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 73 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 74 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 75 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 76 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 77 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 78 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 79 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 80 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 81 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 82 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 83 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 84 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 85 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 86 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 87 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 88 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 89 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 90 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 91 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 92 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 93 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 94 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 95 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 96 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 97 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 98 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 99 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 100 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 101 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 102 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 103 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 104 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 105 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 106 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 107 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 108 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 109 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 110 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 111 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 112 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 113 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 114 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 115 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 116 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 118 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 119 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 120 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 121 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 122 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 123 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 124 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 125 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 126 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 127 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 128 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 129 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 130 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 131 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 132 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 133 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 134 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 135 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 136 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 137 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 138 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 139 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 140 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 141 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 142 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 143 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 144 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 145 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 146 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 147 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 148 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 149 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 150 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 151 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 152 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 153 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 154 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 155 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 156 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 157 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 158 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 159 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 160 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 161 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 162 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 163 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 164 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 165 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 166 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 167 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 168 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 169 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 170 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 171 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 172 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 173 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 174 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 175 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 176 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 177 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 178 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 179 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 180 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 181 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 182 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 183 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 184 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 185 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 186 - Nº DO DOCUMENTO



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes

79

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

PRONTUÁRIO Nº 146333

CLÍNICA:

Urologia

CATEGORIA:

QT./ENF.

LEITO

|                  |          |             |             |          |                 |
|------------------|----------|-------------|-------------|----------|-----------------|
| IDADE 33         | SEXO M   | TEMP.       | PULSO 70    | RESP. 16 | PR. ART. MX/MIN |
| Tipos Sanguíneos | Hemácias | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Ureia           |
|                  |          |             |             |          | Urina           |

DATA DA ANESTESIA

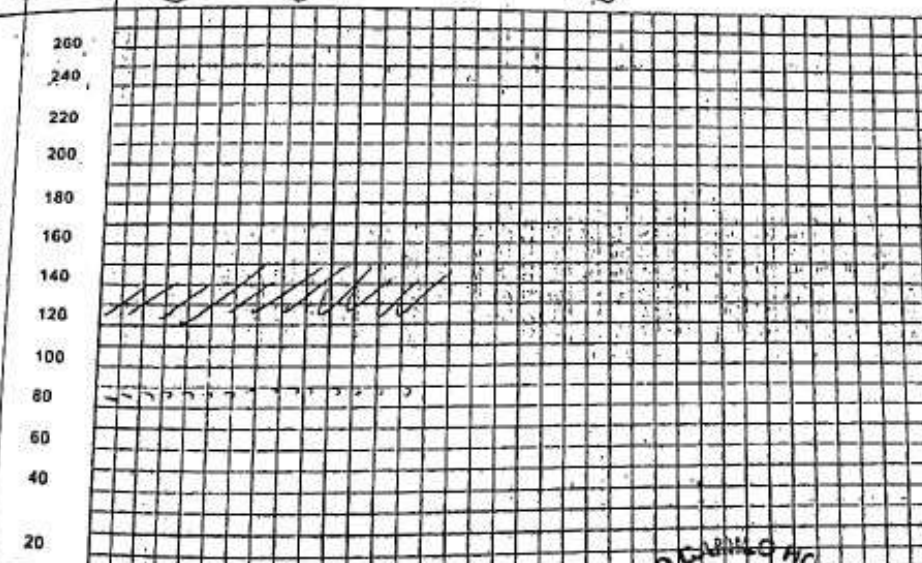
Antecedentes muf  
RER  
RHAQ  
Dentista  
Pescado  
Risco

|               |              |
|---------------|--------------|
| Amea          | Bronquite    |
| ECO           |              |
| Alergia       | nega         |
| Estado Mental |              |
| Ataxias       |              |
| Corticóides   |              |
| Hipotensivos  | Curas Drogas |

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Antecedentes Pro-Op.     |             |
| Antecedentes Anestésicos |             |
| Indução Pré-Anestésica   | Aplicada às |
|                          | Efeitos     |



| INDUÇÃO  |        |       |
|----------|--------|-------|
| Sed.     | Exol.  | Tussu |
| Liquor   | Lupis  |       |
| Músculos | Vários |       |
| Outros   |        |       |



| MANUTENÇÃO               |                                         |                              |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Buro 0.5 x 15 mg         |                                         |                              |
| Kufzol 1g                |                                         |                              |
| Efora 6g                 |                                         |                              |
| Anestésias Satisfatórias | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| Não, porque?             |                                         |                              |

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

| DESPERTAR             |                                         |                              |
|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Relaxar na S. U.      |                                         |                              |
| Obs.                  | Co.                                     | Exol.                        |
| Músculos              | Vários                                  | Outros                       |
| Para 1 hora com S. U. | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

AGENTES J. A. Dourado  
TÉCNICA Buro 0.5 x 15 mg  
OPERAÇÃO Regulação e amputação  
CIRURGIÕES da manuse  
ANESTESISTAS da Foxi Lx

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| Pontos Sanguíneos Aprox. | VEIRO |
| Volum. Sanguíneo Aprox.  | LISE  |
| TEMPO DE ESPERA          |       |
| UNIDADE RIO DE JANEIRO   |       |
| PROTEÇÃO ANALISE         |       |

CONFERS COM ORIGINAL  
24/06/14  
Dr. José Luiz O. Santos  
Anestesiologista  
CRM - 13447

Dr. José Luiz O. Santos  
Anestesiologista  
CRM - 13447

**CENTAURO**  
Seguros para viver**Registro de Sinistro**

DP.: 111

Processo: 0000/582375

Código: 582375

Cidade: RIO DE JANEIRO

Parceiro

MSA S.A. SERVIÇOS DE

Sub-Parceiro

FATIMA TIANGUA

Data BO

02/02/2014

DELEGACIA

PC- DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

Tipo de Veículo

09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo

IML

Nome da Vítima

FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

Tipo Sinistrado

3 - Motorista

Natureza

2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado  
MASCULINO

Data Nascimento

25/04/1980

Tipo de CPF

0 - Possui CPF

CPF da Vítima

016.850.703-02

Data Ocorrência / Hora

13/10/2013 / 14:15

Cidade  
VICOSA

UF

CE

CEP

62300-970

Telefones

Email  
rendimento@salek.com.brQide.Benef.  
1

Data Óbito

Médico

LUIZ

Valor(INVALIDEZ)

0,00

**Beneficiários**

| Nome                            | Endereço    | Tipo Benef.          | Vínculo | Bairro     | Dt.Nasc.       | CPF/CNPJ |
|---------------------------------|-------------|----------------------|---------|------------|----------------|----------|
| CEP                             | Complemento |                      |         | Cidade     |                | UF       |
| FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA    | Vítima      | Renda                | CENTRO  | 25/04/1980 | 016.850.703-02 |          |
| 62300-970 SITIO LAGES S/N       | VITIMA      | RS DE 1,00 A 1000,00 |         | VICOSA     |                | CE       |
| RECUSOU INFORMAR                |             |                      |         |            |                |          |
| Banco: 001 Banco do Brasil S.A. | Ag: 0975    | CPF 043290-6         |         |            |                |          |

**Histórico**

| Data                                    | Usuário         | Situação                              |
|-----------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| 14/02/2014 18:16:12                     | MSA MAYARA      | Pré-Cadastro não analisado            |
| 14/02/2014 18:16:59                     | MSA MAYARA      | Pré-Cadastro com restrições           |
| Detalhes das restrições                 |                 |                                       |
| FAVOR ENVIAR COMPROVANTE DE RESIDENCIA. |                 |                                       |
| 27/02/2014 16:31:17                     | MSA KARINA LEAL | Pré-Cadastro analisado e aprovado (R) |

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE**Atenção:**

- O processo de avaliação sobre o pagamento de 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 582375 e a data de nascimento 25/04/1980 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 582375

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<br>03-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo |                               | Placa<br>JJY-7391/CE          |                                 |
| Nome da Vítima<br>FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA                 |                               | Natureza<br>2 - INVALIDEZ     |                                 |
| Tipo Sinistrado<br>2 - Motorista                               | Data Nascimento<br>25/04/1980 | Tipo de CPF<br>0 - Possui CPF | CPF da Vítima<br>016.850.703-02 |
|                                                                |                               |                               | Data Ocorrência<br>13/10/2013   |

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

- ( ) Certidão Nº 49/2014 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       |
|------------------------------|-------------|---------|------------|-----------|----------------|
| FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA | Vítima      | VITIMA  | 25/04/1980 | 62300-970 | 016.850.703-02 |

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  
VIDA E PREVIDENCIA S/A

07 MAR. 2014

### 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](mailto:dpvat-rj@centauroseg.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ

82  
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE NESSE PROCESSO

- É minha total responsabilidade a emissão desses documentos
- RG e CPF
- Laudo Médico
- Boletim policial
- Dut da moto ou carro(veículo)
- Autorização de pagamento
- Conta Bancária
- Comprovante e/ou declaração de residência
- Atestado e/ou laudo de IML

OUTROS



\*1004054\*

Nome: x Esméias de concição Silva

RG 2000028057377

CPF 016.850.703-02

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00850744865 00000000000 2013

NO ME  
FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
VICOSA DO CEARA /CE

CPF / CNPJ 01685070302 PLACA JJY7391/CE

PLACA ANT / UF / DF 9C2KC08105R104774

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CB 150 TITAN KS ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

CAP / POT / CL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC/COTA ÚNICA 1\* 2\* 3\* VENO / COTAS

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

VICOSA 08-DE-CE 08/03/2013

Superintendente DETRAN-CE

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

CE Nº 9868586319 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013 PLACA JJY7391

CPF / CNPJ 01685070302

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 9868586319 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 08/03/2013

VIA 01 RENAVAM 00850744865 MARCA / MODELO HONDA/CB 150 TITAN KS

ANO FAB. 2005 CAT. IMEI 09 Nº CHASSI 9C2KC08105R104774

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) 129,04 DENATIAN (R\$) 14,38 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,58

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOP (R\$) 1,11 R\$ A LIGAR AO SEGURO 292,01

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/03/2013

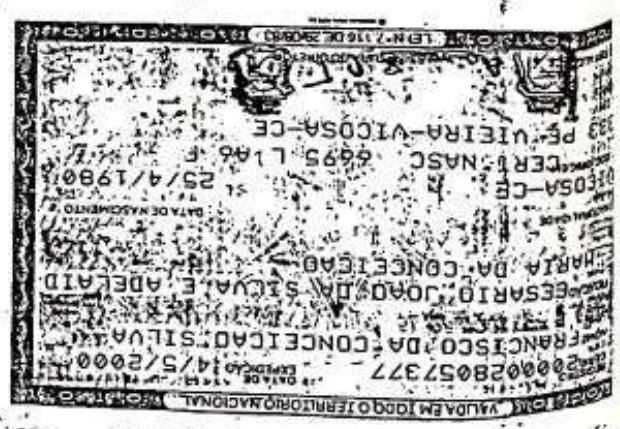
COTA ÚNICA

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04 00594



UNIDADE RIO DE JANEIRO  
 PROTOCOLO P/ANÁLISE  
 07 MAR. 2014  
 CENTAURO  
 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TIANQUA - CE

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
RG: 2000028057377  
Pai: CESARIO JOAO DA SILVA  
Endereço: SÍTIO LAGES, SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge: S  
Endereço: SÍTIO LAGES, SN  
Data Atendimento: 13/10/2013  
Hora: 20:43  
CID: 000

CNS:

Guia Aut:

Sexo: M

Data Nascimento: 25/04/1980

Idade: 33 Anos(s)

Mãe: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO

CEP: 62300-01

UF: C

Município: VICOSA DO CEARA

Empresa:

Matrícula:

Responsável: FRANCISCO

Município: VICOSA DO CEARA

Sala:

UF: C

CRM/UF: 6575/CE

Funcionário: FRANCISCO VIEIRA DE CASTRI

CPF do Responsável:

Peso: kg

Altura (cm):

Sinais Vitais: T (°C):

P (bpm):

R (mpm):

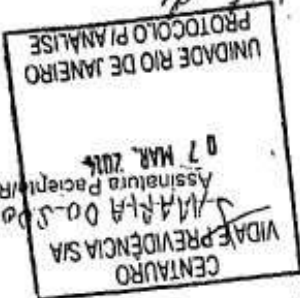
PA (mmHg):

X

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

Tramite PE E  
EX PE (F)

Universidade  
Mestrado



EWALTON PLACIDO COSTA CRM: 6575

RECIBO DE PAGAMENTO  
GABINETE DO SECRETARIO  
08/10/2013

Assinatura do Paciente  
Assinatura do Responsável



**FOLHA DE OPERAÇÃO**

|                |  |                     |  |                     |  |
|----------------|--|---------------------|--|---------------------|--|
| 10/00/93       |  | 31114               |  | Nº REG 146333       |  |
| 1º AUXILIAR    |  | 2º AUXILIAR         |  | 3º AUXILIAR         |  |
| INSTRUMENTADOR |  | TÍTULO DE ANESTESIA |  | TÍTULO DE ANESTESIA |  |
| 1º AUXILIAR    |  | 2º AUXILIAR         |  | 3º AUXILIAR         |  |
| 10/00/93       |  | 31114               |  | Nº REG 146333       |  |

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISUAIS

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓCOLO P/ANÁLISE

Dr. A. del Pila  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-6.104111 RCT 1315

87

**SÃO CAMILO**  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TIANGUA - CE  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilhotiangua.org.br



# FOLHA DE OPERAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                |  |                   |  |
|----------------|--|-------------------|--|
| Nº REG 146333  |  | LEITO             |  |
| 1º AUXILIAR    |  | 2º AUXILIAR       |  |
| INSTRUMENTADOR |  | TÍPO DE ANESTESIA |  |
| P. Mante       |  | De Bot. de        |  |

ANESTESIOLOGIA NO ATQ  
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISUAL  
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA

# DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

07 MAR 2014  
CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓCOLO P/ANÁLISE

Dr. Rafael Pina  
Otopediatria e Otorrinolaringologia  
CRM: 10871 / RBO 1515

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante

Resposta de S. pat + P. Mante



# FOLHA DE ANAMNESE

*Leandro do Nascimento Silva*

Nº Prontuário

146333

|       |      |              |              |           |             |
|-------|------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| Idade | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Profissão | Procedência |
| 39    | M    |              |              |           |             |

*Leandro do Nascimento Silva*

Provisório:  
Definitivo:  
Diagnóstico Secundário:

B. 10.13

Exame Físico  
Histórico

Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

*Dr. Marcel Pita*

Dr. Marcel Pita  
CRM: 106.144.000 - CRMec



Dr. Marcel Pita  
CRM: 106.144.000 - CRMec

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| CENTAURO               | VIDA E PREVIDÊNCIA S/A |
| 07 MAR 2014            |                        |
| UNIDADE RIO DE JANEIRO | PROTOCOLO PLANALISE    |

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE  
07 MAR. 2014  
CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



Nome: Marcelo da Conceição Silva  
Endereço: Sítio Lages  
Cidade: Vicosa  
Município: Vicosa  
Médico: Almeida  
Assinado pelo Médico: Almeida  
Assinatura da Enfermeira Chefe: Almeida  
Assinatura do Paciente/Responsável: Almeida  
Data: 14/04/14  
Rel. Nº: 146333  
As: 146333 horas  
Leito: 146333  
Enfermaria: 146333  
Diagnóstico: 146333  
Alta POR: 146333  
☐ Cura  
☐ Transferência  
☒ Melhorado  
☐ Evasão  
☐ Obito  
☐ A Pedido

AVISO DE ALTA

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro, Madalena - CE - CEP: 62.320-000  
PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01  
www.soccamilohospital.org.br



HOSPITAL MADALENA NUNES  
E INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

|                    |  |                                           |  |
|--------------------|--|-------------------------------------------|--|
| Nome               |  | Rafaela de Souza                          |  |
| Data de Nascimento |  | 23/05/1983                                |  |
| CPF                |  | 14833310004                               |  |
| Religião           |  | Católica                                  |  |
| Município          |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Endereço           |  | R. Viciosa do Ceará, 100 - Vila Rica - RJ |  |
| Cidade             |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Estado             |  | RJ                                        |  |
| País               |  | Brasil                                    |  |
| Pós Nacionalidade  |  | Brasileira                                |  |
| Data de Nascimento |  | 23/05/1983                                |  |
| CPF                |  | 14833310004                               |  |
| Religião           |  | Católica                                  |  |
| Município          |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Endereço           |  | R. Viciosa do Ceará, 100 - Vila Rica - RJ |  |
| Cidade             |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Estado             |  | RJ                                        |  |
| País               |  | Brasil                                    |  |
| Pós Nacionalidade  |  | Brasileira                                |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                    |  |                                           |  |
|--------------------|--|-------------------------------------------|--|
| Nome               |  | CESARIO JOAO DA SILVA                     |  |
| Data de Nascimento |  | 23/05/1983                                |  |
| CPF                |  | 14833310004                               |  |
| Religião           |  | Católica                                  |  |
| Município          |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Endereço           |  | R. Viciosa do Ceará, 100 - Vila Rica - RJ |  |
| Cidade             |  | Vila Rica - RJ                            |  |
| Estado             |  | RJ                                        |  |
| País               |  | Brasil                                    |  |
| Pós Nacionalidade  |  | Brasileira                                |  |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, assinado \_\_\_\_\_, sou responsável pelo doente \_\_\_\_\_, pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_, que o assiste, para fazerem investigações necessárias ao diagnóstico e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições contidas no regulamento do estabelecimento.

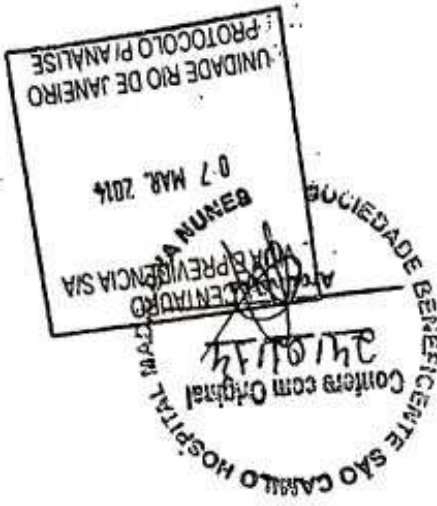
O Hospital se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

Em 13 de outubro de 2013.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

*Assinatura do responsável*





92



Paciente: PA Corcção Data: 1/1  
Leito: 14633 Convênio: ...  
Prontuário: 14633 Sala: ...

Procedimento: Regularização e amparo

**Auxiliares:**

Anesthesia: N2O, Fentanyl

Tipo de Anestesia:

Inicio da Cirurgia: 27: 40 Término da Cirurgia: 23: 30

Instrumentadora: Catalina

circulante. 13

**Observações:**

SÃO PAULO - SP  
Confere com Original  
24.01.14  
Assinatura

[illegible]

| Equipamentos             |       | Soluções             |       |
|--------------------------|-------|----------------------|-------|
| Nome                     | Unid. | Nome                 | Unid. |
| Aparelho de Endoscopia   | hora  | Água Destilada       | Garf. |
| Artroscopia              | hora  | Água Oxigenada       | ml    |
| Bisturi Elétrico         | hora  | Alcool               | ml    |
| Filme                    |       | Assepiol             | ml    |
| Gás Carbônico (Co2)      | min   | Clorohex             | ml    |
| Histeroscopia            | hora  | Contraste            | ml    |
| Intensificador de Imagem | hora  | Eter                 | ml    |
| Microscópio Cirúrgico    | hora  | Formol               | ml    |
| Videoparascópio          | min   | Glutaron             | ml    |
|                          |       | Povidine Desgermante | ml    |
|                          |       | Povidine Tópico      | ml    |
|                          |       | Solipex              | ml    |
|                          |       | Soro Fisológico 0,9% | ml    |
|                          |       | Fisoline             | ml    |

Medico: \_\_\_\_\_ Data: 4/10/13

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - PARTICULARES E CONVÊNIOS**

[illegible]

*Dr. M. A. Pilla*

|             |    |    |
|-------------|----|----|
| EVOLUÇÃO DE | SE | RO |
|-------------|----|----|

07 MAR 2004  
CENTALPRO  
VIDA E PREVIDENCIA S/A



**SÃO CAMILO**  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TRANQUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62220-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - [www.saocamilotiangua.org.br](http://www.saocamilotiangua.org.br)

## Relatório de Enfermagem

[illegible]

**SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**  
**Controle de Infecção Hospitalar - Laudo para Antibióticos de Uso Restrito - nº 5589**

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA - 146333

Idade: 33 Ano(s)

Convênio: SUS

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Leito: 100-0004

Diagnóstico: S92.9 Fratura do pé não especificada

Data de Internação: 13/10/2013

Médico Responsável: MARCEL DE ALENCAR PITA

Resolução CFM 1.552/99: Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH

Antibiótico(s) Solicitado(s)

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do ite.

CEFALOTINA 1 G

4 2 CEFALOTINA 1 G 14/10/2013

CEFAZOLINA 1 G 13/10/2013

Exames realizados nos últimos 30 dias (interno e externo)

Exame(s) identificado(s):

Justificativa para a Solicitação

Posteriormente fratura exposta de pé  
 Luis Fernando Panizza  
 CRM 115501

DR. LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM 115525



**HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**

**Prescrição Médica**

Página 001

14/10/2013 07:09

Prescrição: 0001

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

Data: 14/10/2013

Aposento: ENFERMARIA

Hora: 07:09

Profissional Resp.: MARCEL DE ALENCAR PITA

Convênio: SUS

Sector: POSTO DE OBSERVACAO

07:32hs

Prontuário: 146333/0004

Quarto/Leito: 100/0004

CRM: 10671

Diagnóstico: S92.9 Fratura do pé não especificada S92.9 Fratura do pé não especificada

Data de Internação: 13/10/13

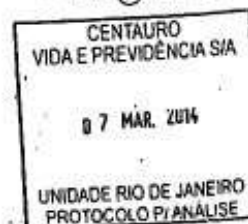
| Prescrição                          | Dosagem | Via  | Freq.   | Agrazamento     |
|-------------------------------------|---------|------|---------|-----------------|
| 01. ANALGICO                        |         |      |         | 1 - Geral.      |
| 02. ANALGICO VENOSO                 |         |      |         | 2 - OK!         |
| 03. EPOBY 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS |         |      |         | 3 - 500 500 500 |
| 04. CEFALOTINA 1 G fanip            | 4g/d    | E.V. | 06/06 H | 4 - 14 20 08 08 |
| 05. CETOPIROFENO 100MG EV amp       |         | E.V. | 08/08 H | 5 - 10 00 08    |
| 06. RANITIDINA 50MG/2ML amp         |         | E.V. | 12/12 H | 6 - 10 08       |
| 07. CURATIVO                        |         |      |         | 7 - 10          |
| 08. SINAIS VITAIS                   |         |      |         | 8 - 10          |

**Evolução Clínica:**

1. POS OPERATORIO FRATURA EXPOSTA DE PE ESQ  
 2. SEGUE ANTIBIOTICO  
 3. AVALIANDO

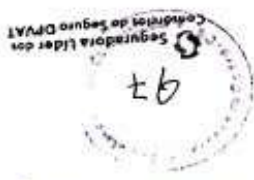
Luis Fernando Panizza  
 CRM 115501

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 115525



Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014173532  
Vítima: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
Cidade: Viçosa  
Data do acidente: 13/10/2013  
Emissor do parecer: Rafael Oliveira Santos  
Natureza: Invalidez  
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA  
CRM do médico: 906387

PARECER

Data da análise: 22/03/2014  
Valorização do IML: 0,00  
Perícia médica: Sim  
Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ E  
Resultados TRATAMENTO CIRÚRGICO  
terapêuticos:  
Sequelas permanentes:  
Sequelas:  
Condição mantida:  
Quantificação das sequelas:  
Documentos complementares:  
Observações:  
Valor pleiteado: 13.500,00  
Médico avaliador: RAFAEL SANTOS  
UF do CRM do médico: RJ

DANOS

| Dano | % Dimensão Graduação | Danos não definidos. |
|------|----------------------|----------------------|
|------|----------------------|----------------------|

Valor avaliado: 0,00

**PARCELOS DO SINISTRO**

**PARCELA DE PERICIA MEDICA**



**Número:** 2014173532  
**Vítima:** FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
**Cidade:** Viçosa  
**Data do acidente:** 13/10/2013  
**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saúde Ltda.  
**CRM do médico:** 10269  
**Emissor do GALDINO**  
**parecer:** LEONARDO  
**Natureza:** Invalidez

**Diagnóstico:** Fratura exposta grave pé esquerdo.  
**Exame médico pericial:** Evolui com rigidez e sequela pé esquerdo, limitação motora e funcional.

**Resultados terapêuticos:** Ttt conservador  
**Sequelas permanentes:** Dano grave em pé  
**Sequelas :** Com sequela

**Data da pericia:** 31/03/2014  
**Conduta mantida:**

**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** Márcio Leonardo B Veras  
**UF do CRM do CE**  
**médico:**

| % Dimensão Graduação |   |
|----------------------|---|
| 50                   | 1 |
| 75                   |   |

**Valor avaliado:** 5.062,50

pelo presente instrumento particular de procuração, SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT S.A., empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º andar - Centro - RJ, inscrita no CNPJ/MF

sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na forma de seu Estatuto Social por seu Diretor Jurídico

MARCELO DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção

de São Paulo, sob o número 143.370, inscrito no CPF/MF sob o número 132.870.808-06, e por seu Diretor de

Operações, CLAUDIO MENDES LADEIRA, brasileiro, solteiro, secretário, portador da cédula de identidade RG nº

06.766.244-5 IEP, inscrito no CPF 912.422.907-53, nomeia e constitui seus bastantes procuradores, Drs.

FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JÚNIOR, brasileiro, divorciado, inscrito na OAB/RJ nº 158.222,

na OAB/CE nº 16045, na OAB/MA nº 9515-A e na OAB/PE nº 1170-A; LIANA CLODES BASTOS FURTADO,

brasileira, divorciada, inscrita na OAB/CE nº 16897 e na OAB/PE nº 1171-A; MIRELLA FIGUEIROA RODRIGUES

DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 29.559, ARNÓ DE SOUZA BASTOS JÚNIOR, brasileiro,

casado, inscrito na OAB/RJ nº 113.872; RODRIGO REBOUÇAS MARCONDES, brasileiro, casado, inscrito na

OAB/RJ nº 120.810; ANTONIO DOS SANTOS MOTA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE nº 19283; ROBERTO

CASSIUS SAMPAIO ARAGÃO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE nº 16468; KELVIA CHAVES

CAVALCANTE, brasileira, divorciada, inscrita na OAB/CE nº 21308; RAQUEL QUEIROZ LIMA, brasileira,

casada, inscrita na OAB/CE nº 17926; RENATA LOIS MAYWORM AFONSO, brasileira, casada, inscrita na

OAB/RJ nº 120.742; MARCELLE SOARES FARIA ROSA, brasileira, casada, inscrita na OAB/RJ nº 111.323;

SIDNEI DE OLIVEIRA PAULO, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/RJ nº 171.129; ETIENNE DE OLIVEIRA

BARROS, brasileira, solteira, inscrita na OAB/RJ nº 125.839; GENILSON MARTINS FRAZÃO, brasileiro, solteiro,

inscrito na OAB/MA nº 15.516, TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA

ALDAIRTON CARVALHO SOCIEDADE DE ADVOGADOS S/S, inscrita na OAB/RJ sob o nº 028.536/2009, com

escritório situado na Avenida Rio Branco, nº 245, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.040-009 TEL: (21)

PROCURAÇÃO

99  
LIDER



H. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro, Rio de Janeiro CEP 20031-205  
Tel 21 3861-4600  
www.seguradoralider.com.br

Seguradora Líder - DPVAT

### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º andar - Centro - RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na forma de seu Estatuto Social por seu Diretor Jurídico, MARCELO DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 143.370, inscrito no CPF/MF sob o número 132.870.808-06, e por seu Diretor de

Relações Institucionais, JOSÉ MÁRCIO BARBOSA NORTON, brasileiro, casado, economista, portador da cédula de identidade RG nº 836.366 expedida pela SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº 174.562.157-15, nomeia e constituiem seus bastantes procuradores, Drs. VALDIR DIAS DE SOUSA JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 122.882, inscrito no CPF/MF sob o número 012.310.027-51; MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita

na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 135.132, inscrita no CPF/MF sob o número 082.587.197-26; THEREZINHA COIMBRA FRANÇA, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 62420, inscrita no CPF/MF sob o número 542.587.407/30. TODOS INTEGRANTES DA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 - 14º andar - Centro - RJ, CEP 20031-205, aos quais,

independentemente de ordem ou nomeação, confere plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula Ad Judicia, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 447 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representação judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive

constabelecer, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, autorizados a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser

feito mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a

presente procuração tem por objetivo a defesa da Outorgante e a preservação do futuro

101

R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205  
Tel 21 3851-4600  
www.reguladorlides.com.br

~~Seguradora Líder DPVAT~~

OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

04/12/2007

Rio de Janeiro, 06 de junho de 2014.

MARCELO DAVOLI LOPES

JOSE MARCIO BARBOSA NORTON

720 OFICIO DE RHMS - Telcel Carlos Alberto Forno Olaya  
 240 de Carlos 51 - Centro - Rio de Janeiro - RJ Tel: 2107-6000  
 240 de Carlos 51 - Centro - Rio de Janeiro - RJ Tel: 2107-6000  
 240 de Carlos 51 - Centro - Rio de Janeiro - RJ Tel: 2107-6000

1. La leyenda  
 2. El texto  
 3. El contexto  
 4. El autor  
 5. El destinatario  
 6. El propósito  
 7. El medio  
 8. El momento  
 9. El lugar  
 10. El estado de ánimo  
 11. El estilo  
 12. El género  
 13. El tema  
 14. El argumento  
 15. El desarrollo  
 16. El desenlace  
 17. El final  
 18. El inicio  
 19. El desarrollo  
 20. El desenlace  
 21. El final  
 22. El inicio  
 23. El desarrollo  
 24. El desenlace  
 25. El final  
 26. El inicio  
 27. El desarrollo  
 28. El desenlace  
 29. El final  
 30. El inicio  
 31. El desarrollo  
 32. El desenlace  
 33. El final  
 34. El inicio  
 35. El desarrollo  
 36. El desenlace  
 37. El final  
 38. El inicio  
 39. El desarrollo  
 40. El desenlace  
 41. El final  
 42. El inicio  
 43. El desarrollo  
 44. El desenlace  
 45. El final  
 46. El inicio  
 47. El desarrollo  
 48. El desenlace  
 49. El final  
 50. El inicio  
 51. El desarrollo  
 52. El desenlace  
 53. El final  
 54. El inicio  
 55. El desarrollo  
 56. El desenlace  
 57. El final  
 58. El inicio  
 59. El desarrollo  
 60. El desenlace  
 61. El final  
 62. El inicio  
 63. El desarrollo  
 64. El desenlace  
 65. El final  
 66. El inicio  
 67. El desarrollo  
 68. El desenlace  
 69. El final  
 70. El inicio  
 71. El desarrollo  
 72. El desenlace  
 73. El final  
 74. El inicio  
 75. El desarrollo  
 76. El desenlace  
 77. El final  
 78. El inicio  
 79. El desarrollo  
 80. El desenlace  
 81. El final  
 82. El inicio  
 83. El desarrollo  
 84. El desenlace  
 85. El final  
 86. El inicio  
 87. El desarrollo  
 88. El desenlace  
 89. El final  
 90. El inicio  
 91. El desarrollo  
 92. El desenlace  
 93. El final  
 94. El inicio  
 95. El desarrollo  
 96. El desenlace  
 97. El final  
 98. El inicio  
 99. El desarrollo  
 100. El desenlace  
 101. El final  
 102. El inicio  
 103. El desarrollo  
 104. El desenlace  
 105. El final  
 106. El inicio  
 107. El desarrollo  
 108. El desenlace  
 109. El final  
 110. El inicio  
 111. El desarrollo  
 112. El desenlace  
 113. El final  
 114. El inicio  
 115. El desarrollo  
 116. El desenlace  
 117. El final  
 118. El inicio  
 119. El desarrollo  
 120. El desenlace  
 121. El final  
 122. El inicio  
 123. El desarrollo  
 124. El desenlace  
 125. El final  
 126. El inicio  
 127. El desarrollo  
 128. El desenlace  
 129. El final  
 130. El inicio  
 131. El desarrollo  
 132. El desenlace  
 133. El final  
 134. El inicio  
 135. El desarrollo  
 136. El desenlace  
 137. El final  
 138. El inicio  
 139. El desarrollo  
 140. El desenlace  
 141. El final  
 142. El inicio  
 143. El desarrollo  
 144. El desenlace  
 145. El final  
 146. El inicio  
 147. El desarrollo  
 148. El desenlace  
 149. El final  
 150. El inicio  
 151. El desarrollo  
 152. El desenlace  
 153. El final  
 154. El inicio  
 155. El desarrollo  
 156. El desenlace  
 157. El final  
 158. El inicio  
 159. El desarrollo  
 160. El desenlace  
 161. El final  
 162. El inicio  
 163. El desarrollo  
 164. El desenlace  
 165. El final  
 166. El inicio  
 167. El desarrollo  
 168. El desenlace  
 169. El final  
 170. El inicio  
 171. El desarrollo  
 172. El desenlace  
 173. El final  
 174. El inicio  
 175. El desarrollo  
 176. El desenlace  
 177. El final  
 178. El inicio  
 179. El desarrollo  
 180. El desenlace  
 181. El final  
 182. El inicio  
 183. El desarrollo  
 184. El desenlace  
 185. El final  
 186. El inicio  
 187. El desarrollo  
 188. El desenlace  
 189. El final  
 190. El inicio  
 191. El desarrollo  
 192. El desenlace  
 193. El final  
 194. El inicio  
 195. El desarrollo  
 196. El desenlace  
 197. El final  
 198. El inicio  
 199. El desarrollo  
 200. El desenlace  
 201. El final  
 202. El inicio  
 203. El desarrollo  
 204. El desenlace  
 205. El final  
 206. El inicio  
 207. El desarrollo  
 208. El desenlace  
 209. El final  
 210. El inicio  
 211. El desarrollo  
 212. El desenlace  
 213. El final  
 214. El inicio  
 215. El desarrollo  
 216. El desenlace  
 217. El final  
 218. El inicio  
 219. El desarrollo  
 220. El desenlace  
 221. El final  
 222. El inicio  
 223. El desarrollo  
 224. El desenlace  
 225. El final  
 226. El inicio  
 227. El desarrollo  
 228. El desenlace  
 229. El final  
 230. El inicio  
 231. El desarrollo  
 232. El desenlace  
 233. El final  
 234. El inicio  
 235. El desarrollo  
 236. El desenlace  
 237. El final  
 238. El inicio  
 239. El desarrollo  
 240. El desenlace  
 241. El final  
 242. El inicio  
 243. El desarrollo  
 244.

ARTORIO CO  
Bruno Rodolfo  
Escritor  
CALLE 14 N. 14-14  
CALLE 14 N. 14-14  
CALLE 14 N. 14-14

08574  
JUN 9 1963

Original que foi apre-  
 Rio de Janeiro, 28 de  
 PAULO CRISTINA A.D. SEP-AR-ALU  
 https://maus.tjrj.jus.br/silepublico  
 Total : 5,09  
 : 1,81  
 : 6,90  
 AC593312  
 08574





[illegible]



**AS 17º** Ofício de Notas  
NACOTIAL

Certifico e dou fé que a presente original que foi apresentado Odi: Rôo de Janeiro, 28 de janeiro/de 2016.

FALLA ORISTIMA A: DIGES-AR-JUI  
EBA-19ZZI FEL Consulte em <https://www...>

Juan Carlos Alberto Hirao Oliveira  
Rua do Carmo, 61 - Centro Rio de Janeiro RJ - Tel.: 210-24910

RECIBIDO DO 17º OFÍCIO DE NOTARIADO PÁTRIO Nº 10.964/2016  
Data da Recibida: 28/01/2016  
Valor: 6.90  
Fim do

5:09 : 1.81 : 6.90

OFICIO DE NOTARIADO



108

088574  
ACS93316

Trabalha: Carlos Alberto Fermo Oliveira  
Rua: ...  
R. ...

17º Ofício de Notas  
Incorporado

Calil T. ...

Original que foi apresentado. Original que foi apresentado. Original que foi apresentado.

28 de janeiro, 28 de janeiro, 28 de janeiro.

RAULA CRISTINA ...

ES04-12278 JM Consulte em <https://...>

OFÍCIO DE NOTAS - RJ

... por: 5.07  
: 1.81  
: 6.90

republico





**F2C CONSULTORIA, ASSESSORIA E ANÁLISE DE INFORMÁTICA S/A**  
CNPJ - 07.751.631/0001-31  
BALANÇO PATRIMONIAL REALIZADO EM 31/12/2014

Informações essenciais: Este balanço patrimonial apresenta a situação patrimonial, financeira e operacional da F2C Consultoria, Assessoria e Análise de Informática S/A em 31/12/2014 e em 31/12/2013, e as respectivas demonstrações de resultados do período de 12 meses encerrados em 31/12/2014 e 31/12/2013.

| BALANÇO PATRIMONIAL REALIZADO EM 31/12/2014 (em reais) |                   | BALANÇO PATRIMONIAL REALIZADO EM 31/12/2013 (em reais) |                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| Ativo                                                  |                   | Ativo                                                  |                   |
| Ativo Circulante                                       | 21.320.394        | Ativo Circulante                                       | 20.240.240        |
| Ativo Não Circulante                                   | 1.820.294         | Ativo Não Circulante                                   | 1.820.294         |
| <b>Total do Ativo</b>                                  | <b>23.140.688</b> | <b>Total do Ativo</b>                                  | <b>22.060.534</b> |
| Passivo Circulante                                     | 11.720.294        | Passivo Circulante                                     | 11.720.294        |
| Passivo Não Circulante                                 | 1.820.294         | Passivo Não Circulante                                 | 1.820.294         |
| <b>Total do Passivo</b>                                | <b>13.540.588</b> | <b>Total do Passivo</b>                                | <b>13.540.588</b> |
| Reserva Patrimonial                                    | 11.420.394        | Reserva Patrimonial                                    | 11.420.394        |
| <b>Total do Patrimônio Líquido</b>                     | <b>11.420.394</b> | <b>Total do Patrimônio Líquido</b>                     | <b>11.420.394</b> |

**Demonstração de Resultados**

| EXERCÍCIO REALIZADO EM 31/12/2014 (em reais) |                  | EXERCÍCIO REALIZADO EM 31/12/2013 (em reais) |                  |
|----------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|------------------|
| Receita Operacional Bruta                    | 11.420.394       | Receita Operacional Bruta                    | 11.420.394       |
| Despesa Operacional Bruta                    | (1.820.294)      | Despesa Operacional Bruta                    | (1.820.294)      |
| <b>Resultado Operacional Bruto</b>           | <b>9.600.100</b> | <b>Resultado Operacional Bruto</b>           | <b>9.600.100</b> |
| Despesa Financeira                           | (1.820.294)      | Despesa Financeira                           | (1.820.294)      |
| <b>Resultado Operacional Líquido</b>         | <b>7.779.806</b> | <b>Resultado Operacional Líquido</b>         | <b>7.779.806</b> |
| Despesa Tributária                           | (1.820.294)      | Despesa Tributária                           | (1.820.294)      |
| <b>Resultado Líquido</b>                     | <b>5.959.512</b> | <b>Resultado Líquido</b>                     | <b>5.959.512</b> |

**Demonstração de Fluxo de Caixa**

| EXERCÍCIO REALIZADO EM 31/12/2014 (em reais) |                  | EXERCÍCIO REALIZADO EM 31/12/2013 (em reais) |                  |
|----------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|------------------|
| Fluxo de Caixa Operacional                   | 5.959.512        | Fluxo de Caixa Operacional                   | 5.959.512        |
| Fluxo de Caixa de Investimentos              | (1.820.294)      | Fluxo de Caixa de Investimentos              | (1.820.294)      |
| Fluxo de Caixa de Financiamento              | (1.820.294)      | Fluxo de Caixa de Financiamento              | (1.820.294)      |
| <b>Total do Fluxo de Caixa</b>               | <b>2.318.924</b> | <b>Total do Fluxo de Caixa</b>               | <b>2.318.924</b> |

[illegible][illegible]

**17º** **Ofício de Notas**  
DA CAPITAL.

Certifico e dou fé que a presente cópia do original que foi apresentado ao Conselho Municipal de Educação do Município de Curitiba, em 28 de Janeiro, de 2009, é verdadeira.

FALLA CRISTINA A. B. CASAR - Rui Escudinho  
Cassia Sereno

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Produção fiel do texto | : 5,09 |
| Formatação             | : 1,81 |
| Correção ortográfica   | : 6,70 |

ESQ-12276 QUI Consulte em <http://www.casapalmeiras.org.br/sitepublico>

OFICIO DE NOTAS - RJ

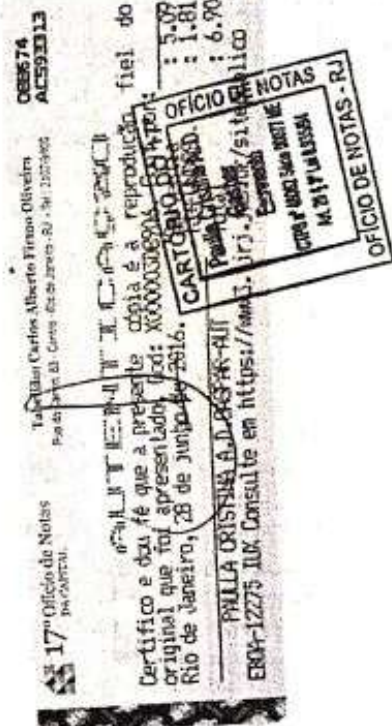
ATA DA 10ª REUNIÃO DO COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD  
JULGAMENTO DE 2003  
O COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD, em sua 10ª reunião, realizada em 20 de maio de 2003, no auditório da CEEAD, com a presença dos membros abaixo assinados, deliberou sobre o processo de licitação nº 001/2003, para a contratação de empresa para a execução de serviços de manutenção e conservação das instalações físicas das escolas da rede estadual de ensino, sob a presidência do Sr. Carlos Roberto de Oliveira, Presidente do Comitê.

1. O COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD, em sua 10ª reunião, realizada em 20 de maio de 2003, deliberou sobre o processo de licitação nº 001/2003, para a contratação de empresa para a execução de serviços de manutenção e conservação das instalações físicas das escolas da rede estadual de ensino, sob a presidência do Sr. Carlos Roberto de Oliveira, Presidente do Comitê.

ATA DA 10ª REUNIÃO DO COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD  
JULGAMENTO DE 2003  
O COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD, em sua 10ª reunião, realizada em 20 de maio de 2003, no auditório da CEEAD, com a presença dos membros abaixo assinados, deliberou sobre o processo de licitação nº 001/2003, para a contratação de empresa para a execução de serviços de manutenção e conservação das instalações físicas das escolas da rede estadual de ensino, sob a presidência do Sr. Carlos Roberto de Oliveira, Presidente do Comitê.

1. O COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD, em sua 10ª reunião, realizada em 20 de maio de 2003, deliberou sobre o processo de licitação nº 001/2003, para a contratação de empresa para a execução de serviços de manutenção e conservação das instalações físicas das escolas da rede estadual de ensino, sob a presidência do Sr. Carlos Roberto de Oliveira, Presidente do Comitê.

ATA DA 10ª REUNIÃO DO COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD  
JULGAMENTO DE 2003  
O COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO - CEEAD, em sua 10ª reunião, realizada em 20 de maio de 2003, no auditório da CEEAD, com a presença dos membros abaixo assinados, deliberou sobre o processo de licitação nº 001/2003, para a contratação de empresa para a execução de serviços de manutenção e conservação das instalações físicas das escolas da rede estadual de ensino, sob a presidência do Sr. Carlos Roberto de Oliveira, Presidente do Comitê.



**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS**

DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 22 DE SETEMBRO DE 2015**

**DATA, HORA E LOCAL:** Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de setembro de 2015, às 16:00 horas, na sede social da Companhia, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado Rio de Janeiro.

**CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 14 de setembro de 2015.

**PRESENÇA:** Presentes os conselheiros Luiz Tavares Pereira Filho, Rosana Techima Salzano, Bernardo Dickmann, Celso Darnald, Francisco Alves de Souza, Hélio Hiroshi Kinoshita, Jabis de Mendonça Alexandre, João Gilberto Possiede, Jorge de Souza, Andrade, Múcio Novais de Albuquerque Cavalcanti, Ricardo José Iglesiast Teixeira, Roberto Barroso e Valéria Camacho Martins Schmitz. Presentes ainda os conselheiros Antonio Carlos de Oliveira Carneiro, Ivan Luiz Gontijo Junior, Jorge Carvalho e Paulo de Oliveira Medeiros, que, por força da presença dos respectivos conselheiros titulares, atenderam a reunião sem direito a voto nas matérias constantes da ordem do dia. Presentes, na condição de convidados, Ricardo de Sá Acatavassu Xavier, Marcelo Davoli Lopes, Carlos André Guerra Barreiros, Claudio Mendes Ladreira e Marcus Vinicius Cataldo de Felipe, respectivamente Diretor Presidente, Diretor Jurídico, Diretor de Relações Institucionais, Diretor de Operações e Diretor de Infraestrutura da Companhia.

**MESA DE TRABALHO:** Presidente: Luiz Tavares Pereira Filho; Secretário: André Leal Faoro.

**ORDEM DO DIA:** (i) Eleição dos membros da Diretoria Executiva; (ii) Retificação das designações específicas dos membros da Diretoria Executiva; e (iii) Assuntos Gerais.

**DELIBERAÇÕES TOMADAS:** Os membros do Conselho deliberaram, por unanimidade: (i)

Releger **RICARDO DE SA ACATAVASSU XAVIER**, brasileiro, casado, engenheiro, titular do documento de identidade nº: 03.891.764-7, expedido pelo DETRAN/RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº: 728.150.517-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor-Presidente da Companhia; **CARLOS ANDRÉ GUERRA BARREIROS**, brasileiro, casado, secretário, titular do documento de identidade nº: 019842307-X, expedido pela SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº: 132.870.808-06, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica; **CLAUDIO MENDES LADREIRA**, brasileiro, solteiro, CPF/MF sob o nº: 912.422.907-53, expedido pelo IFRJ, inscrito no Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, expedido pela SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº: 521.462.436-00, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-a mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia. Os diretores eleitos terão mandato de 11 de outubro de 2015 até o dia 11 de outubro de 2016, permanecendo no cargo até a investidura dos seus sucessores. Os

Certidão da ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. realizada em 22 de setembro de 2015 às 16:00 horas

[illegible]

147

Diretores ora ditos declararam que não estão incurso em nenhum crime que o impeçam de desempenhar atividade mercantil e, ainda, não estão inabilitados para tanto, nos termos da lei. Os Diretores ditos declararam, por fim, que preenchem os requisitos previstos na legislação em vigor, em especial os constantes da Resolução no. 136/2005 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. A remuneração dos membros da Diretoria Executiva observará o limite global de remuneração estabelecido na Assembleia Geral Ordinária da Companhia realizada em 25 de março de 2015; (ii) Retribuir as designações específicas atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, da seguinte forma: (a) Marcus Vinícius Catão de Felipe: diretor responsável administrativo-financeiro e diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade; (b) Carlos André Guerra Barreto: diretor responsável pelas relações com a SUSP; (c) Marcelo Davoli Lopes: diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circular SUSP nº 234/03 e 445/12), e diretor responsável pelos controles internos; (d) Cláudio Mendes Ladeira: diretor responsável técnico (Circular SUSP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 311/14) e diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes. Os membros do Conselho de Administração não atribuíram a responsabilidade pelo cumprimento das obrigações da Resolução CNSP nº 143/05 uma vez que a Companhia não emite apólices, endossos e/ou realiza operações de seguro. As designações específicas deverão ser ratificadas pelos acionistas na próxima Assembleia Geral da Companhia, na forma da regulamentação da SUSP em vigor. Os conselheiros presentes declararam, expressamente, que foram observadas as disposições legais aplicáveis à convocação, quórum de instalação e deliberação para esta reunião. Os conselheiros e os diretores ora reeleitos declaram existir parentesco, até o terceiro grau, entre administradores e membros do Conselho Fiscal da Companhia, bem como declaram que os integrantes do referido órgão estatutário não integram o quadro de empregados da Companhia; e (iii) Os membros do Conselho de Administração nada discutiram a título de assuntos gerais.

**VALIDADE DAS DELIBERAÇÕES:** Os membros do Conselho de Administração da Companhia e os membros da Diretoria Executiva ora reeleitos declaram estar cientes de que as deliberações havidas nesta reunião estão condicionadas à homologação pela Superintendência de Seguros Privados - SUSP.

**ENCERRAMENTO, LAVATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2015

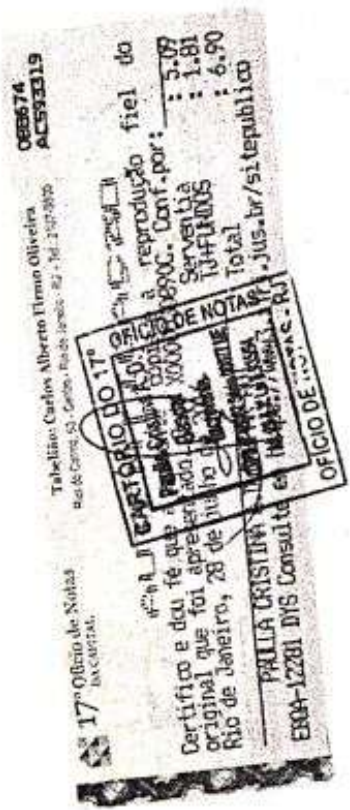
MESA DE TRABALHO

Luiz Tavares Pereira Filho  
Presidente

André Leal Raoro  
Secretário

Certidão da ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. realizada em 22 de setembro de 2015 às 16:00 horas

Página 2 de 3



Rosana Tschima Salsano  
Conselheira Vice-Presidente

Elso Damadi  
Conselheiro

Helio Hiroshi Kimeshita  
Conselheiro

João Gilberto Posside  
Conselheiro

Mucio Novaes de Albuquerque  
Cavalcanti  
Conselheiro

Roberto Barroso  
Conselheiro

Assinatura dos Eleitos:

Ricardo de Sá Acatuassu Xavier  
Diretor Presidente

Marcelo Davoli Lopes  
Diretor

Bernardo Dieckmann  
Conselheiro

Rafaelso Alves de Souza  
Conselheiro

Jabir de Mendonça Alexandre  
Conselheiro

Jorge de Souza Andrade  
Conselheiro

Ricardo José Iglesias Teixeira  
Conselheiro

Valeria Camacho Martins Schmitz  
Conselheira

Carlos André Guerra Barreiros  
Diretor

Claudio Mendes Ladeira  
Diretor

Marcus Vinicius Cataldo de Felipe  
Diretor

Certidão da ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. realizada em 22 de setembro de 2015 às 16:00 horas  
Página 3 de 3

120

088674  
AC553318

Tab. Carlos Alberto Firmino Oliveira  
Rua do Zé, 13, Centro, 20.000-000, Rio de Janeiro, RJ, Tel. 210-5800

17º Ofício de Notas  
Incorporado

Certifico e dou, fé, que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi apresentado para autenticação.

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2017.

PRILLA CRISTINA RIBEIRO  
EBA-12280 (S) Consul e a h/legat/Min  
C/ra e para sua  
M. 217/151504

Reprodução fiel do original  
Com. por: : 5.09  
Serventia : 1.81  
TJ+FUNDS : 4.90  
Total : 11.80

jus.br/sitapublico

OFÍCIO DE NOTAS  
OFÍCIO DE NOTAS - RJ

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS  
530 N. Dearborn Ave., Chicago, Ill. 60610  
U.S.A. and Canada  
£10.00 net (U.K.)  
£12.00 net (Europe)  
£14.00 net (Australia)  
£16.00 net (Japan)  
£18.00 net (South Africa)  
£20.00 net (New Zealand)  
£22.00 net (South America)  
£24.00 net (Africa)  
£26.00 net (Middle East)  
£28.00 net (Asia)  
£30.00 net (Oceania)  
£32.00 net (Antarctica)  
£34.00 net (Arctic)  
£36.00 net (Subarctic)  
£38.00 net (Tropical)  
£40.00 net (Subtropical)  
£42.00 net (Temperate)  
£44.00 net (Continental)  
£46.00 net (Marine)  
£48.00 net (Polar)  
£50.00 net (Equatorial)  
£52.00 net (Subsaharan)  
£54.00 net (Sahelian)  
£56.00 net (Savanna)  
£58.00 net (Desert)  
£60.00 net (Steppe)  
£62.00 net (Tundra)  
£64.00 net (Taiga)  
£66.00 net (Coniferous)  
£68.00 net (Deciduous)  
£70.00 net (Mixed)  
£72.00 net (Boreal)  
£74.00 net (Temperate)  
£76.00 net (Subtropical)  
£78.00 net (Tropical)  
£80.00 net (Subsaharan)  
£82.00 net (Sahelian)  
£84.00 net (Savanna)  
£86.00 net (Desert)  
£88.00 net (Steppe)  
£90.00 net (Tundra)  
£92.00 net (Taiga)  
£94.00 net (Coniferous)  
£96.00 net (Deciduous)  
£98.00 net (Mixed)  
£100.00 net (Boreal)

DO



MS 2.50

5

121



089674  
ALCS3317

Tabajara Carlos Alberto Firmino Oliveira  
Fazenda do Carmo, Rua Jacaré - 81 - Mac. 125/688

17º Ofício de Notas  
Bacoural

Cartório do 17º Ofício de Notas  
Fazenda do Carmo, Rua Jacaré - 81 - Mac. 125/688

Produção fiel de  
Cont. por: : 5.09  
: 1.81  
: 6.90

Cartão de 2016 Exatidão  
Fazenda do Carmo, Rua Jacaré - 81 - Mac. 125/688

Certifico e dou fé que a presente é a cópia fiel do original que foi apresentado em 29 de janeiro de 2016 Exatidão  
Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2016

FALLA CRISTINA A.D. 1983  
E001-12279 RUA Consulate em Itaipava - RJ

OFÍCIO DE NOTAS - F.

# ALDAIRTON CARVALHO

SOCIEDADE DE ADVOGADOS

## SUBSTABELECIMENTO

SUBSTABELEÇO, com reservas de iguais para mim, os poderes outorgados pela SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., demandada, aos Drs. ANTÔNIO DOS SANTOS MOTA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 19.283, ROBERTO CASSIUS SAMPAIO ARAGÃO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 16.468, KÁTIA MARIA BASTOS FURTADO, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 9.334, ALYSSON NARBAL DE OLIVEIRA SOMBRA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.414, LAIS HELENA LANZA DE OLIVEIRA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 30.362, MARIANA ALMEIDA CATARINO, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 31.673, FRANCISCO VIEIRA SALES NETO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.906, JOSÉ BONIFÁCIO DE MACÊDO FILHO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 16.349, ANDREA TELES DE MENEZES ALMEIDA DA COSTA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 33.307, ESAMYA DE LOIOLA SIQUEIRA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 32.327 e advogado(a), inscrito(a) na OAB/ sob o nº \_\_\_\_\_, todos estabelecidos na Rua José Alencar Ramos, 385, Luciano Cavalcante, CEP. 60.813-565, Fortaleza - Ceará. Tel. 3241.3577 / 3262.3497, para o fiel cumprimento deste mandato, mediante os autos desta AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

Fortaleza, 10 de março 2017.

FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JÚNIOR  
OAB/CE Nº 16.045  
OAB/MA Nº 9.515-A

Rio de Janeiro/RJ - Av. Rio Branco, 245, 8º Andar - CEP. 20.040-009 - Tel: (21) 3037-7704  
Fortaleza/CE - Rua José Alencar Ramos, 385 - CEP. 60.813-565 - Tel: (85) 3262-3497



ALDAIRTON CARVALHO  
SOCIEDADE DE ADVOCADOS

**CARTA DE PREPOSTO**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**  
**S.A.**, neste ato, representada pelo seu procurador legal, abaixo assinado, nomeia e constitui **FRANCISCO JOSE FAUSTINO, ANTÔNIA VALNIA DA SILVA FONSECA** e **ALYSON BRUNO JORGE VIDAL**, CPF's nº 424.339.323-00, 263.165.103-06 e 605.154.013-07 respectivamente, como seus **PREPOSTOS** na Audiência designada para esta data, bem como outras que venham a ser designadas por este MM. Juízo, nos autos da presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, conferindo-lhe os poderes necessários para tanto, inclusive prestar depoimento pessoal, confessar e transigir.

Fortaleza, 05 de dezembro de 2016.

**FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JÚNIOR**  
OAB/CE Nº 16.045  
OAB/MA Nº 9.515-A

ECL - EMP. BRAS. DE CORREIOS E

Ag: 424723 - ACF MISSIONARIAS

FORTALEZA

CNPJ.: 02712245000177 tel.: 065317050

COMPROVANTE DO CLIE

Ciente.: ALDARION C

CNPJ/CPF.: 08646126000

Doc. Post.: 242261282

Contrato.: 5912394228 Cod. 72124156

Cartao.: 72124156

Movimento.: 17/07/2017 Hora.

Caixa.: 02020778 Matric

Lancamento.: 037

Atendi

Modalidade.: A Faturar ID tic

DESCRICAO

QT

SFP A VISTA E A FAT

Valor do Port (R\$) 2

Cap Destino: 62300-000

Peso real (KG) 0

Peso Tarifado: 0

OBJETO.: DYG0606212

PE - 2 ED - S ES - N

Num. Documento.: 1

N Processo: 1

Orgao Destino: 1

TOTAL DO AUMENTO(R\$)

Valor Declarado não solicit

No caso de objeto com valor

utilize o serviço adicional

PE - Prazo final de entrega

ED - Entrega domiciliar - SI

ES - Entrega sábado - Sim/Não

RE - Restrição de entrega -

A FATURAR

Reconheço a prestação dos (s) serviços

prestados (s), o(s) qual(is) p

apresentação de fatura. Os v

deste comprovante poderão ser

acordo com as cláusulas cont

Nome:

Ass. Responsável

SERV. POSTAIS: DIRETOS E DE

Os prazos de entrega poderão

VIA-CLIENTE

ECL - EMP. BRAS. DE CORREIOS E

Ag: 424723 - ACF MISSIONARIAS

FORTALEZA

CNPJ.: 02712245000177 tel.: 065317050

COMPROVANTE DO CLIE

Ciente.: ALDARION C

CNPJ/CPF.: 08646126000

Doc. Post.: 242261282

Contrato.: 5912394228 Cod. 72124156

Cartao.: 72124156

Movimento.: 17/07/2017 Hora.

Caixa.: 02020778 Matric

Lancamento.: 037

Atendi

Modalidade.: A Faturar ID tic

DESCRICAO

QT

SFP A VISTA E A FAT

Valor do Port (R\$) 2

Cap Destino: 62300-000

Peso real (KG) 0

Peso Tarifado: 0

OBJETO.: DYG0606212

PE - 2 ED - S ES - N

Num. Documento.: 1

N Processo: 1

Orgao Destino: 1

TOTAL DO AUMENTO(R\$)

Valor Declarado não solicit

No caso de objeto com valor

utilize o serviço adicional

PE - Prazo final de entrega

ED - Entrega domiciliar - SI

ES - Entrega sábado - Sim/Não

RE - Restrição de entrega -

A FATURAR

Reconheço a prestação dos (s) serviços

prestados (s), o(s) qual(is) p

apresentação de fatura. Os v

deste comprovante poderão ser

acordo com as cláusulas cont

Nome:

Ass. Responsável

SERV. POSTAIS: DIRETOS E DE

Os prazos de entrega poderão

VIA-CLIENTE

SARA 7.7.07



ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA DA VARA ÚNICA

FINALIDADE: CONCILIAÇÃO DATA, HORÁRIO: 25/07/2017, às 13:00 horas  
AUTOS Nº 14171-97.2016.8.06.0182 NATUREZA: COBRANÇA DE DIFERENÇA  
INDENIZATÓRIA SEGURO DPVAT  
JUIZ DE DIREITO RESPONDENDO: DR. DENYS KAROL MARTINS SANTANA

PRESENTES

REQUERENTE: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
ADVOGADA DO REQUERENTE: DRA. LORENA FERNANDES DA CUNHA OAB/CE 23467  
REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS SEGURO DPVAT  
ADVOGADO DO RECLAMADO: DR. MATHEUS ARAÇÃO RODRIGUES OAB/CE 31371

7.963-00

AR

|                                                                                                                                          |  |                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| PREENCHER COM LETRA DE FORMA                                                                                                             |  | 112                                                |  |
| DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE                                                                                                    |  | 126                                                |  |
| RUA SENADOR DANTAS, 76 3º andar Centro<br>RIO DE JANEIRO/RJ<br>CEP 20.031-205                                                            |  | 14171-97.2016                                      |  |
| DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION                                                                          |  | NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI              |  |
| <input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ<br><input type="checkbox"/> EMS<br><input type="checkbox"/> PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE |  | DATA DE RECEBIMENTO<br>27/06/17                    |  |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR                                                                                         |  | DATA DE LIVRAÇÃO                                   |  |
| NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR                                                                                     |  | RUBRICA E MNT. DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT |  |
| Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGAO EXPEDIDOR                                                                             |  | RUBRICA E MNT. DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT |  |
| ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO                                                                       |  | ENDEREÇO / ADRE                                    |  |
| ENDEREÇO / ADRE                                                                                                                          |  | CEP / CODE POSTAL                                  |  |



acompanhado de todos os atos processuais, para apresentação em juízo para MM. Juiz para o digital e intermediária, o

Reclamante:

Francisco da Conceição Silva

Reclamado/Preposto(a):

Advogado do Reclamado:

Francisco

Francisco da Conceição Silva

Advogado do Reclamado: Francisco



ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ  
SECRETARIA DA VARA ÚNICA

FINALIDADE: CONCILIAÇÃO DATA, HORÁRIO: 25/07/2017, às 13:00 horas  
AUTOS Nº 14171-97.2016.8.06.0182 NATUREZA: COBRANÇA DE DIFERENÇA

JUIZ DE DIREITO RESPONDENDO: DR. DENYS KAROL MARTINS SANTANA

**PRESENTES**

REQUERENTE: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

ADVOGADA DO REQUERENTE: DRA. LORENA FERNANDES DA CUNHA OAB/CE 23467

REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS SEGURO DPVAT

ADVOGADO DO RECLAMADO: DR. MATEUS ARAÇÃO RODRIGUES OAB/CE 31371

PREPOSTO : FRANCISCO AGAMENON DE CASTRO RODRIGUES CPF 168.697.963-00

CONCILIADOR: ITALO SOARES BRASIL

**TERMO DE SESSÃO CONCILIATÓRIA**

Iniciados os trabalhos foi verificado a presença do requerente, acompanhado de advogado, bem como do requerido, representado por preposto e advogado, todos acima nominados. O conciliador esclareceu as partes sobre as vantagens da conciliação, mostrando-lhes os riscos e as consequências do litígio no entanto, as partes não transacionaram, nem optaram pelo Juízo arbitral, sendo que o reclamado não apresentou proposta de acordo. O advogado do requerido solicitou a juntada de substabelecimento, Carta de Preposto, pois já se encontram nos autos a CONTESTAÇÃO e demais documentos representativos. Requerer ainda que todas as intimações futuras sejam realizadas em nome do(a) advogado(a) Dr. FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JUNIOR OAB/CE 16045, sob pena de nulidade. A parte autora sai devidamente intimada para apresentar a réplica a contestação. O conciliador então encaminhou os autos ao MM. Juiz para deliberação. Nada mais havendo a constar, lavro este termo que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Eu, Rita Dalila Alves Otaviano, Supervisor – entrância intermediária, o subscrevi.

Conciliador:

*ITALO SOARES BRASIL*

Reclamante:

*Francisco da Conceição Silva*

Reclamado/Preposto(a):

*[Assinatura]*

Advogado do Reclamado:

*[Assinatura]*  
OAB/CE 31.371

*[Assinatura]*

121

**ALDAIRTON CARVALHO**

SOCIEDADE DE ADVOGADOS

**SUBSTABELECIMENTO**

SUBSTABELEÇO, com reservas de iguais para mim, os poderes outorgados

por **SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DE SEGURO DPVAT**, aos Drs.**FRANCISCO ALDAIRTON RIBEIRO CARVALHO JÚNIOR**, brasileiro, advogado, inscritona OAB/CE sob o nº 16.045, **LIANA CLODES BASTOS FURTADO**, brasileira,inscrita na OAB/CE sob o nº 16.897, **ANTÔNIO DOS SANTOS MOTA**, brasileiro,advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 19.283, **ROBÉRIO CÂSSIO SAMPÃO ARAGÃO**, brasileiro,advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 16.468, **KÁTIA MARIA BASTOS FURTADO**,brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 9.334, **ALYSSON NARBAL DE OLIVEIRA****SOMBRA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.414, **LAÍS HELENA LANZA DE****OLIVEIRA**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 30.362, **KELVIA CHAVES****CAVALCANTE**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 21.308, **MARIANA****ALMEIDA CATARINO**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 31.673, **FRANCISCO****VIEIRA SALES NETO**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.906, **JOSÉ****BONIFÁCIO DE MACÊDO FILHO**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 16.349,**JÉSSICA DA COSTA DO MONT**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 31.451,**ESAMYA DE LOIOLA SIQUEIRA**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 32.327,**ANDRÉA TELES DE MENEZES ALMEIDA DA COSTA**, brasileira, advogada, inscrita na

OAB/CE sob o nº 33.307, bem como,

Dr(a) **Mathew** **Augusto Rodrigues**, inscrito(a) na OAB/CE sob o nº 31.371, todos estabelecidos na Rua José Alencar

Ramos, 385, Luciano Cavalcante, CEP. 60.813-565, Fortaleza - Ceara. Tel. 3241.3577 / 3262.3497,

para o fiel cumprimento deste mandato, mediante os autos desta **AÇÃO DE COBRANÇA DE****SEGURO DPVAT**.

Rio de Janeiro/RJ, 24 de julho de 2017.

**RICARDO LASMAR SOBRE**  
OAB/RJ Nº 88.826

ALDAIRTON CARVALHO

SOCIEDADE DE ADVOGADOS

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DE SEGURO DPVAT.

neste ato, representada pelo seu procurador legal, abaixo assinado, nomeia e constitui FRANCISCO JOSÉ FAUSTINO, ANTÔNIA VÂNIA SILVA DA FONSECA, ALYSON BRUNO JORGE VIDAL, CPF's nº 424.339.323-00, 263.165.103-06, 605.154.013-07, respectivamente, assim como,

J<sup>co</sup>. Alcides de Castro Rodrigues inscrito no CPF sob o nº 168.659.963-00 como seus PREPOSTOS na Audiência designada para esta

data, bem como outras que venham a ser designadas por este MM. Juízo, nos autos da presente AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, conferindo-lhe os poderes necessários para tanto, inclusive prestar depoimento pessoal, confessar e transigir.

Rio de Janeiro/RJ, 24 de julho de 2017.



RICARDO LASMAR SODRE  
OAB/RJ nº 88.826



ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ

\*Processo nº 14171-97.2016.8.06.0182

**CERTIDÃO**

CERTIFICO a decorrência do prazo sem que a parte autora tenha apresentado réplica à contestação.  
O referido é verdade e dou fé.  
Viçosa do Ceará, 27 de outubro de 2017.

Rita Dalila Alves Otaviano  
Supervisora de Entrância Intermediária

**CONCLUSÃO**

Faço estes autos conclusos a MM.º Juiz de Direito desta Comarca.  
Viçosa do Ceará, 27 de outubro de 2017.

Rita Dalila Alves Otaviano  
Supervisora de Entrância Intermediária

RES: DPVAT PAUTA EXTRA

Responder Responder a Todos Encaminhar

RES: DPVAT PAUTA EXTRA

Felipe Urbano [felipe.urban@seguradoralider.com...

Para:

COMARCA DE VICOSA DO CEARA

Cc:

André Menezes [andre.menezes@seguradoralider.com.br];

Paulo Leite [paulo.leite@seguradoralider.com.br];

Philippe Rocha [philippe.rocha@seguradoralider.com.br]; Vania Beatriz [vania@seguradoralider.com.br]

Anexos:

(2) Baixar todos os anexos

MUTUAÇÃO DPVAT.ODT (40 KB);

RELATÓRIO DE PROCESSOS EXTRA-1.xlsx (17 KB) [Abrir no Navegador]

terça-feira, 6 de março de 2018 9:58

O remetente da mensagem solicitou uma confirmação de leitura. Clique aqui para enviar uma confirmação.

Prezada Dra. Rita, bom dia!

Após consulta da pauta extra encaminhada, dos 135 (cento e trinta e cinco) processos listados, identificamos que em 40 (quarenta) processos ainda não há citação (sinalizados na cor vermelha no arquivo em anexo).

Reforçamos que além de não termos autorização institucional e regulatória para trabalhar em processos sem citação, não há tempo hábil até a ocorrência do evento para o devido cadastramento e análise dos mesmos (necessário para o correto atendimento às vítimas). Assim, solicitamos que os demais 40 (quarenta) processos sejam incluídos em pauta futura (a ser agendada após o recebimento de todas as citações por esta cia.).

Vale salientar que os 95 (noventa e cinco) processos identificados podem ser incluídos no evento a ser realizado no período de 12 a 15.03.2018.

Contudo, considerando a proximidade do evento, solicitamos que a pauta final contemple apenas os 318 (trezentos e dezoito) processos enviados anteriormente (em anexo), bem como os 95 (noventa e cinco) processos identificados na pauta extra (em anexo), totalizando 413 (quatrocentos e treze) processos.

Salientamos que os processos sinalizados na cor vermelha são aqueles pendentes de citação, que poderão ser incluídos em pauta futura, desde que a seguradora venha a ser regularmente citada no prazo mínimo de 20 (vinte) dias úteis anteriores ao evento (art. 334 do NCPC).

Renovando nossos votos de estima e consideração, ficamos no aguardo de seu retorno com comentários.

Atenciosamente,

Felipe Urbano

Gerência Jurídica do Contencioso

felipe.urban@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3237-7200 | Ramal 4305





ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
VARA ÚNICA DA COMARCA DE VIGOSA DO CEARÁ

CERTIDÃO

CERTIFICO que tendo em vista a ausência da parte autora, restou prejudicada a audiência do Mutirão DPVAT realizado nesta comarca entre os dias 12 a 15 do corrente mês, motivo pelo qual foi cancelada e retirada de pauta.

DOU FÉ.

Vigosa do Ceará, 15 de março de 2018

RITA DALILA ALVES OTAVIANO  
SUPERVISORA

CONCLUSÃO

Atos 18 / 03 / 18, às 10h30min

CONCLUÍDO EM 15/03/2018

Diretoria de Recursos