

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Nº Sinistro: 3170640096

Vitima: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Data do Acidente: 19/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLON FREIRE CRISOSTOMO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170640096**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12074654



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Sinistro: 3170640096
Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE
Data do Acidente: 19/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERLON FREIRE CRISOSTOMO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170640096** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Nº Sinistro: 3170640096
Vitima: INACIO DE SOUSA ANDRADE
Data do Acidente: 19/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERLON FREIRE CRISOSTOMO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

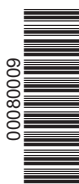
Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170640096**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3170640096**
Nome do(a) Examinado(a): **INACIO DE SOUSA ANDRADE**
Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA nº 2833 - ANTONIO H.DE OLIVEIRA - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003099036768 - SSP**
Data e local do acidente: **19/08/2017 LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Data e local do exame: **14/05/2018 MOSSORO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM FRATURA FRONTAL E TRAUMATISMO DE FACE COM FRATURA DE OSSOS PROPRIOS DO NARIZ, SEIO MAXILAR DIREITO, SEIO MAXILAR ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO E FACIAL
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO COM PLACA-PARAFUSO.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO E/OU SEQUELAS**

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

SEM DEFORMIDADES E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NEUROLÓGICA OU NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

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

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

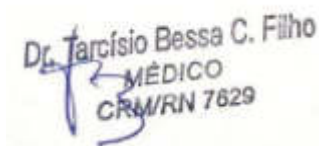
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN


MÉDICO
CRM/RN 7629

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

016.523.513-61

Nome completo da vítima

INACIO DE SOUSA ANDRADE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo INACIO DE SOUSA ANDRADE		CPF titular da conta 016.523.513-61	Profissão OP. DE MAQUINAS
Endereço AV. MANOEL FIDELIS MATA		Número 2833	Complemento
Bairro ANTONIO HOLANDA	Cidade LIMOEIRO DO NORTE	Estado CEARA	CEP 62930-000
Email		Telefone (DDD) (08) 99927-1717	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0750 DIV 37253 DIV 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO. DIV CONTA NRO. DIV
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

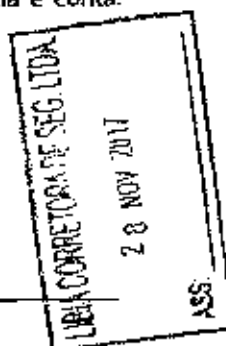
LIMOEIRO 21 de NOVEMBRO de 2017.

Local e Data

INACIO DE SOUSA ANDRADE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA

POLÍCIA CIVIL

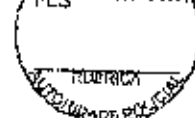
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Boletim de ocorrência



Pág. 7 de 2

09/22/11/2017 11:37:49



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **21/11/2017 11:20:53**

Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2017 18:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA**

Complemento:

Bairro: **ANTONIO HOLANDA**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **INACIO DE SOUSA ANDRADE**

Nascimento: **15/06/1981** CPF:

CARTEIRA DE RESERVISTA: Órgão Emissor:

250762092055

Filiação: **MARIA JOSE DE SOUSA ANDRADE**

JOSÉ WAGNER DE ANDRADE

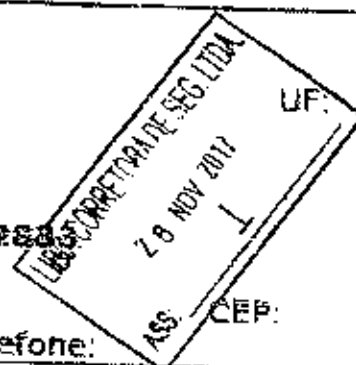
Endereço: **AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA, 288**

Bairro: **SÍTIO BOM JESUS**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:



Histórico

Que o declarante informa que no dia acima mencionado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 125 TODAY, ANO/MOD 1992, COR AZUL, PLACA HUC 5753, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE ANTONO EDMILSON DE BARROS; Que afirma estar trafegando pela avenida Manoel Fidelis Maia, quando veio a se envolver em um acidente, tendo ocorrido uma colisão, com o veículo tipo motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2009, COR PRETA, PLACA NQT 8659, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA CLUDINE MAIA CHAVES LEITAO, E na ocasião era conduzida pela pessoa de Jonas; Que na colisão, o declarante afirma ter sofrido lesões na cabeça e nos braços; Que foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital regional e de lá foi transferido ao IJF e de lá foi transferido para outro Hospital daquela cidade, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica no braço Direito e também para tratar um coágulo no cérebro; Que na cabeça, o declarante afirma ter recebido uma sutura de 40 pontos; Que seu braço esquerdo também sofreu fraturas;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X INACIO DE SOUSA ANDRADE

DELEGADO(A):

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19037319

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

Imprimir em: 21/11/2017 11:30:01

AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO a presente cópia
a qual confere com o original.
Limoero do Norte (CE), 1 NOV 2017

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: LUCINILDA DE MOURA
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: INACIO DE SOUSA ANDRADE
DELEGADO(A): BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA

1º Ofício de Serviços
Noticias e Registros
Tel: 0xx(63) 3423-4151

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

INACIO DE SOUSA ANDRADE

CPF da Vítima

016.523.513-61

Data do Acidente

19.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

INACIO DE SOUSA ANDRADE

E-mail

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

016.523.513-61

Telefone (DDD)

(88) 99927-8717

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

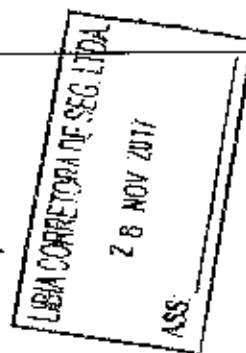
LIMOEIRO, 21 de NOVEMBRO de 2017.

Local e Data

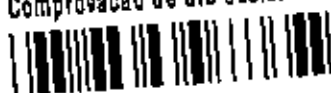
INACIO DE SOUSA ANDRADE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

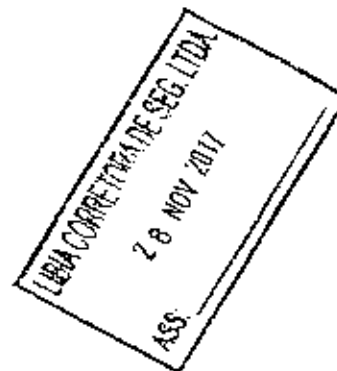


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **INÁCIO DE SOUSA ANDRADE**, portador do RG 2003099036768 e inscrito no CPF 016.523.513-61, no dia 19/08/2017, às 18h40, no município de Limoeiro do Norte/CE, na Av. Manoel Fidelis Maia, no bairro Cidade Alta, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 28 de Setembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samucara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

NÚMERO DO CLIENTE
6351252-1
 Para utilizar seu atendimento, preencha o nº acima
 sempre que emitir um novo consumo.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.458
 de 25 de abril de 2002
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Vitorino, 159
 CEP 60038-010 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 08.105.843-3



BOMBA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE B-110 395677531

Rota 02 25060 03 163000 - 7 Data de Emissão 05/10/2017

Nome ERLON FREIRE CRISOSTOMO

End. Postal AV DEP FRANKLIN CHAVES 01386
 SANTA LUZIA - LIM. DO NORTE -

Medidor 1575963 Poste 0000 CSIN

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,90

RG/CPF/CNPJ 533482493-68 DGF

Nome do Responsável

Comprovante de residência



DADOS DE SUPRIMENTO

Mês de Referência 05/10/2017 Período 07/11/2017

Conjunta 3.100V 10/000V 10/000V

Mês 05/2017 Valor 37,81

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto	DIC	FIC	DMIC
175,15	27,00%	47,29	5,19	3,38	2,94

Valor Mensal	Valor Anual	Valor Mensal	Valor Anual
175,15	2.101,80	175,15	2.101,80

VALOR CONSUMO DO MÊS 175,15

MULTA MORATORIA REF 09/2017 3,74

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS 0,12

JUROS DO MÊS 1,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 30,31

ADICIONAL - BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ -7,95)

VENCIMENTO 13/10/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 210,92

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Energia	52,14	Transmissão	2,40
Distribuição	40,16	Encargos Sazonais	13,56
Tributos (PIS/COFINS)	56,84	Tributos (PIS/COFINS)	56,84
TOTAL	175,15	TOTAL	175,15

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - EM SEDE DE RESIDÊNCIA

Consumo em kWh 103,73

Consumo em kWh 0,00

Consumo em kWh 0,00

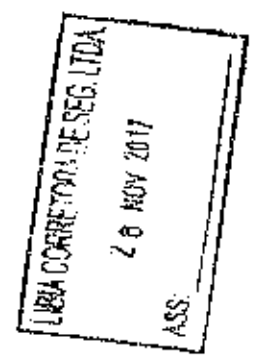
CONTAS EM ATRASO

Próximo R\$150

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, o seu pagamento do Débito. É necessário o pagamento da dívida para a possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto no Res. AUEL 314/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção ao crédito e cartório de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consiste desta fatura R\$ 8,75 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,80% e COFINS: 4,10% (Lava: 3,00% e 104-2100 - AUEL - Tabela: 10.000/02 e 10.000-03)



Nº do Cliente: 6351252-1 Referência: Out/2017

Data de Emissão: 05/10/2017 Total a Pagar (R\$): 210,92

Nº da Nota Fiscal: 495677531 Nº do Controle: 0006351252 00037 39372 46





Declaração Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ERLON FREIRE CRISOSTOMO inscrito (a) no CPF/CNPJ 533482493 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário INACIO DE SOUSA ANDRADE inscrito (a) no CPF sob o Nº 016 523 513 / 61 do sinistro de DPVAT cobertura INVALENDEZ da Vítima INACIO DE SOUSA ANDRADE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016 523 513 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

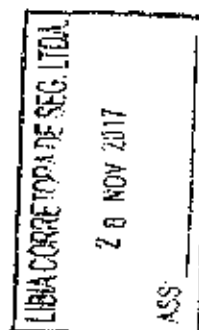
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

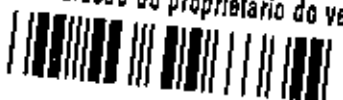
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. DEP. FRANKLIN CHAVES</u>		Número <u>1386</u>	Complemento
Bairro <u>SANTA LUZIA</u>	Cidade <u>LIMOEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62930-000</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(88)99927-8717</u>

LIMOEIRO 22 de NOVEMBRO de 2017
Local e Data

Erion Freire Crisostomo
Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO EDMILSON DE BARROS

RG nº 161304788, data de expedição 14/11/14,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 369.062.643-34, com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. MANOEL FIDELIS MOTA, nº 2830,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima INACIO DE SOUSA ANDRADE, cujo o condutor era INACIO DE SOUSA ANDRADE.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA TODAY CG 125

Ano: 1992

Placa: HVC-5753

Chassi: 9C2JC1801AR262871

Data do Acidente: 19.08.2017

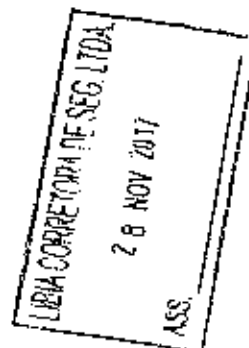
Local e Data: LIMOEIRO 21 DE NOV DE 2017.

Antonio Edmilson de Barros
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma autêntica Antonio Edmilson de Barros
Limoeiro do Norte(CE) 21 NOV. 2017
Em testemunho Ass da verdade
Assinatura
Aurélii Fernandes Melo - Tabelião
Des. Cláudio José Fernandes Melo - Substituto
Des. Cláudio Melo Fernandes Melo - Substituto
Elybértina Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Leócio Fernandes Melo - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



DIGITADO

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOIEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

15690005296

Nº Atendimento: 5581 CNS: Data do Atend.: 19/08/2017 as 19:28:11
Nome do Paciente: INACIO DE SOUSA ANDRADE Data de Nasc.: 15/06/1981
Endereço: MANUEL FIDELIS MAIA 2833 LIMOIEIRO DO NORTE Op: LUZIVANIA
Convênio: SUS PSF: CIDADE ALTA Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU
Sexo: M Idade: 36a 2m 4d Estado Civil: Profissão: 612 Escolaridade:

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060081 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

① Queixa de dor abdominal repen e cãibras
de abd. mago com perimento cãibras
hebrales.

Fatores de Risco:

Class. Risco: () ALTO () MODERADO () BAIXO

OBS:

Alergia:

Documentação médico-hospitalar

HDA e Exame Físico:

① Análise de Sinais e Sinais

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintomas

① - Dor abdominal mago / abd. 2m 4d

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
() Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente:

() Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRÂNSITO?

Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:

(X) SIM () NÃO

(X) MOTO () CARRO () BICICLETA () REDESTRÉ () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

③ Benedito Luiz Goulart

① - 2m 4d - 2m 4d

LUBIA CORRETORES DE SEGURO
28 NOV 2017
ASS.

Dr. Antônio L. Cardozo Medeiros
CLÍNICO GERAL
CRM 9538

PA:

"Noturno" 19/08/17. (Sábado)

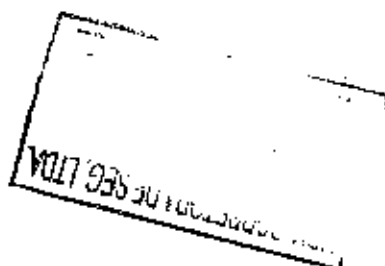
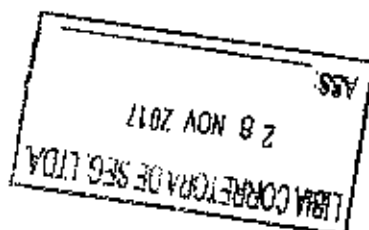
23:20hs.

paciente adulto, consciente, orientado, verbalizando, vítima de acidente de moto, elacerações em região frontal, foi pedido uma TC de crânio; o mesmo foi a unimed pl realizar, aguardamos retorno, segue a cuidados da Enfermagem.

Paciente foi transferido para Fortaleza às 02:55h, depois que recebeu laudo da TC de crânio.

LEIJOANE GILLES SOARES DE SOUSA
Técnica em Enfermagem
COREN-CE 558149

ROSIMEIRE G. TERRA
ENFERMEIRA
COREN-CE 580648





HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

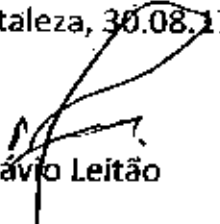
Paciente: INACIO DE SOUSA ANDRADE

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins, e, de acordo com os dados contidos no seu prontuário, que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 21/08/17, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE por acidente de moto, sem capacete e com perda da consciência.

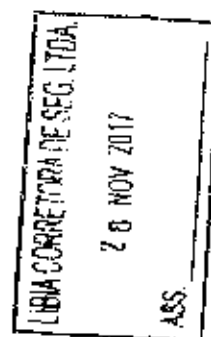
Atesto ainda que o paciente foi submetido à TCC de controle que se mostra DLN.

Atesto finalmente que o paciente recebe alta hospitalar, na presente data, com 15 pontos na ECG e com recomendação para comparecer aos serviços de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e de Traumatologia do IJF para receber as devidas orientações, quanto às fraturas de ossos da face e do antebraço D.

Fortaleza, 30.08.17


Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732





H O S P I T A L
FERNANDES TAVORA

Prontuário de João Antônio

folha

20/09/17

Tratamento de...

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CREMEC 6342

20/09/17

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5145 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODEL 1

LIBIA CORRETOIA DE SEG. LTDA

26 NOV 2017

ASS:



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Documentação médica - hospitalar



Atestado Médico

Atestamos que *[illegible]* é
paciente *[illegible]* do
tratamento *[illegible]* -
histórico de *[illegible]* desde
antes de *[illegible]* a *[illegible]*
ano

05/05/18

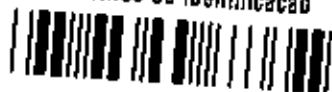


Hospital Fernandes Távora S/C Ltda.
R. Francisco de Sá, 544 S. - Álvaro Bregas - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
Email: hospitalfernandestavora@gmail.com

000004

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2018

Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME	
MARCIO DE SOUSA ANDRADE	
CPF	
2003090096768 33POC CR	
DATA DE NASCIMENTO	
016.523.513-61 15/06/1981	
PRIMEIRO NOME	
JOSE WAGNER DE ANDRADE	
MATERIA	
MARIA JOSE SOUSA DE ANDRADE	
NÚMERO	
06069612392	
VALIDADE	
09/05/2021 16/05/2014	
EXERCE ATIV REMUNERADA:	
<i>João de Deus de Almeida</i> ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL	
MORADA NOVA, CE	
DATA DE EMISSÃO	
03/10/2016	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
70541101078	
NÚMERO DE HABILITAÇÃO	
CR153871180	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO	

LIBA CORRETORES DE SEG. LTDA

20 NOV 2017

ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MARIPABATTO



Eloy Freire Crisostomo

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DITM: 045020762012-4

DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/05/2012

NOME ERLON FREIRE CRISOSTOMO

MEMBRO
JOSE CRISOSTOMO FILHO E IRACI SOARES
FREIRE CRISOSTOMO

NACIONALIDADE
SÃO JOÃO DO JAGUARIBE - CE DATA DE NASCIMENTO 15/12/1974

TROCA POR
NASC. N. 8586 FLS. 76 LIV. A18

CPF
533462493-68

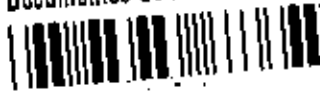
SÃO PAULO - SP

ASSINATURA DO DIRETOR

VIA-01

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

Documentos de identificação



LUBA CORRETORA DE SEG. LTDA
28 NOV 2017
ASS

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170640096 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTAL E TRAUMATISMO DE FACE COM FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, SEIO MAXILAR DIREITO, SEIO MAXILAR ESQUERDO FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
NAO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL CRANIO FACIAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO E FACIAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO COM PLACA-PARAFUSO.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO E/OU SEQUELAS.
SEM DEFORMIDADES E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NEUROLÓGICA OU NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

CRM do médico: 7629

UF do CRM do médico: RN

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170640096 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fraturas de ossos da face e do antebraço direito
Tce

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170640096 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fraturas de ossos da face e do antebraço direito
Tce

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170640096 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACIO DE SOUSA ANDRADE **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTAL E TRAUMATISMO DE FACE COM FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, SEIO MAXILAR DIREITO, SEIO MAXILAR ESQUERDO FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
NAO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL CRANIO FACIAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO E FACIAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO COM PLACA-PARAFUSO.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO E/OU SEQUELAS.
SEM DEFORMIDADES E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL NEUROLÓGICA OU NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

CRM do médico: 7629

UF do CRM do médico: RN

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO

Outorgante: INACIO DE SOUSA ANDRADE, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão: DR. MAQUINISTA, residente e domiciliado à AV. MAJOR FIDELIS MOTA, nº 833, bairro ANTONIO HOLANDA, Município LIMOEIRO DO NORTE, Estado de(o) Ceará, Cep: 62930-000, portador(a) do Rg nº 2003099036768, SSP/CE e CPF nº 016.523-513-61.

Outorgado: Erlon Freire Crisóstomo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão: Microempreendedor, residente e domiciliado(a) à Av. Deputado Franklin Gondim Chaves, nº 1386, bairro Sta. Luzia. Município de Limoeiro do Norte, Estado de (o) Ceará. Cep 62.930-000., portador (a) do RG nº 045020762012-4 SSP/MA. e CPF nº 533.482.493-68.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) INACIO DE SOUSA ANDRADE, ocorrido em 19/10/2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

LIMOEIRO DO NORTE, 21, de NOVEMBRO de 2017.



INACIO DE SOUSA ANDRADE

Outorgante

CPF Nº

Reconhecer por autenticidade



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) Inacio de Sousa Andrade

Limoeiro do Norte, 21 de NOV. 2017
 Gt. [Assinatura] Verdade
 Beatriz Chaves Farias - Tabelão
 Creusa Lopes Nogueira - Escrevente Autorizada
 Cleide Lopes Nogueira - Escrevente
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

