

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Nº Sinistro: **3180203688**

Vitima: **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Data do Acidente: **19/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS GOMES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180203688**.

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 12757622



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Sinistro: **3180203688**
Vítima: **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLOS GOMES DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180203688** 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, 03 de Junho de 2018

Carta nº: 12906666

A/C: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

Nº Sinistro: 3180203688
Vítima: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000000613

Conta: 0000023811-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, com uma regularização 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").

RECEBIMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

04 MAI 2018

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

638.365.053-04

Nome completo da vítima

MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCIANO BEZERRA ROMUALDO		CPF titular da conta 638.365.053-04	Profissão
Endereço Sítio BARRA		Número SIN	Complemento
Bairro BARRA	Cidade IGUATU	Estado CE	CEP 63500-000
Email		Telefone (DDD) 68999730-4163	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
AGÊNCIA NRD. CG13	DIV. 001 23811	AGÊNCIA NRD. CG13	DIV. 001 23811
(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.

Iguatu - CE 16 de ABRIL de 2018

Local e Data

Marciano Bezerra Romualdo

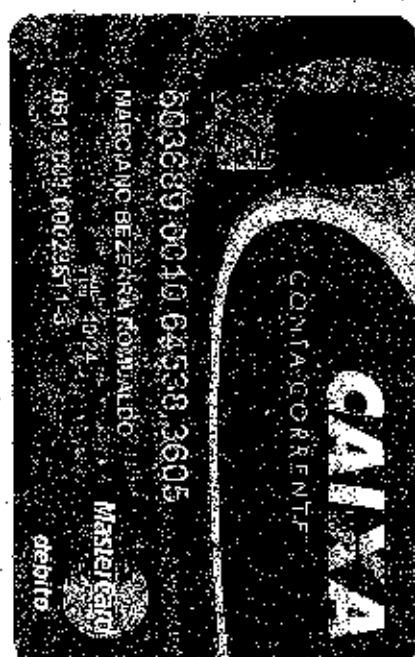
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 390, Loja 197-FORTALEZA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 1332 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 03/03/2018 09:17:52
Data / Hora da Ocorrência: 15/01/2018 19:14:00
Endereço da Ocorrência: SÍTIO GAMELEIRA
Complemento:
Bairro:
Município: IGUAU/CE
Ponto de Referência:

440720

RECEBUEIRO DE NOTÍCIAS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO
Nascimento: 03/06/1981 CPF: 638.365.053-04
RG: 98029194637 Órgão Emissor: SSP
Filiação: FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO
MANOEL BUNFIN ROMUALDO
Endereço: SÍTIO BARRA
Bairro: ZONA RURAL
Município: IGUAU/CE
País: BRASIL

AGENTE SEGURADOR
Ar. Dan. L. 300, L. 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

CEP: 63.500-000

Telefone: (88) 99418-4005

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NU2941S UF: CE Município: IGUAU Chassi: 9C0K08560BR504439 Renavam: 274288982 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS K3 Ano: 2010 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, neste data, e informou das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal. Art. 340 e 342 do C.P.B., informou que no local e horário supracitado, acima, trafegava como CONDUTOR na moto acima qualificada. Quando colidiu com uma pessoa que trafegava de bicicleta; Que o declarante caiu e foi socorrido por um popular para o Hospital Regional Iguaú e sendo atendido pelo DR. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS; que segundo o laudo do médico QUEBROU O PULSO DA MÃO ESQUERDA E O DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA, TENDO SIDO FEITO CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERIO GOMES DO SANTOS - MAT. 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Marciano Bezerra Romualdo.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

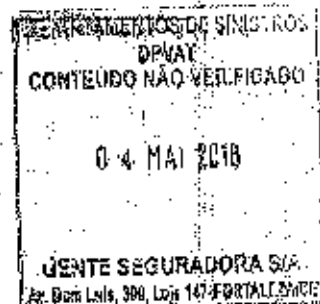
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUAÇU



BULETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 4332 / 2018

JEFFERSON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-0



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

MARCINHO BEZERRA ROMUALDO

CPF da Vítima

638.385.053-04

Data do Acidente

19/01/2013

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

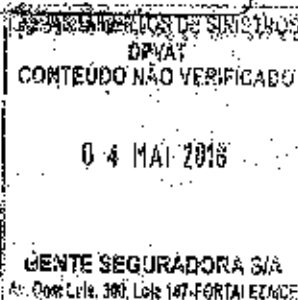
Iguatu - CE 16 de Abril de 2013

Local e Data

Marcinho Bezerra Romualdo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 112251	Atendimento 0001	Nome do Paciente MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 639.385.053-04		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/08/1981		Local IGUAÇU/CE	Idade 36 Ano(s)	
Pai MANGEL BONFIM ROMUALDO		Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO		
Endereço SITIO BARRA, S/N	Bairro	CEP 63500-000	Município IGUAÇU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF do Responsável	Endereço SITIO BARRA, S/N	Município IGUAÇU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/01/2018	Hora 19:14	Cobertura SUS	Unidade	CR
Profissional de Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Atendimento		Funcionário KELLY RAYANE COSTA LIMA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	As	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (mmHg)	R (rpm)

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

Paciente vítima de acidente de trânsito, com diversas lesões nos MS (L.E.).

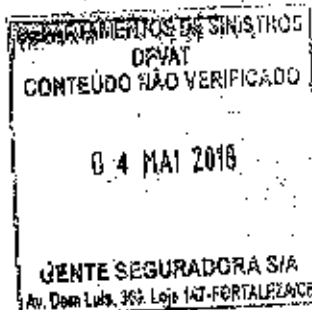
Solicito

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Rx do punho E
Rx da mão E
Rx da mão D

Q Tramal 100 mg + 100 ml SF

Indulizor



Dr. Francisco Vilmar Felix Martins
CRM - 04592

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: 28/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000023811-3

Nr. da Autenticação 17288C846710E0D8

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

RG nº 91029194637, data de expedição 24/04/1998, Órgão SSP CE

CPF nº 638.365.053-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio BARRA</u>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 MAI 2018
Número	<u>S/N</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>BARRA</u>	
Cidade	<u>IGUAçu</u>	GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 200, Loja 147, FORTALEZA
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>63500-000</u>	
Telefone de Contato	<u>88-32934369 e 32939178</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGUAçu - CE - 16 de ABRIL de 2018

Assinatura do Declarante: Marciano Bezerra Romualdo

Nº DO CLIENTE

3934645-5

Para ligar seu medidor, ligue o relógio sempre que estiver em contato com o cliente.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 7.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética de Santa Catarina S.A. - CESCOS
Rua Pedro Valente, 160
CEP 89138-040 | Foz de Itaipu - SC
CNPJ 07.047.254/0001-70 | CGF 06.705.016-3

enel

Rota 28 12001-11 000000 - 7 Data de Emissão 11/01/2018
Nome MARCIANO BEZERRA RONALDO
End. Postal ST. BARRA 00000
BARRA - IGUAÇU - 63500000
Medidor 2553495 Poste 0000 B62N
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 638365053-04 CGF
Nome do Responsável

Mês de Referência:			Data de Apresentação:	Previsão Mensal Lettara:	Valor a Pagar no valor desta conta:
Jan/2018			11/01/2018	08/02/2018	Nov/2017
Base de Cálculo (R\$):			Alíquota:	Valor do Imposto:	
ISENTO					
Pagamento Individual:			Apuração Individual:		
Mensal			Trim.	Anual	Mensal
DIC 18,73			21,45	42,92	2,00
ATC 2,50			15,12	38,39	1,00
DMIC 5,78					0,88

Ute. Atual	Ute. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cob. Ind.	Cob. Fret.	Debit. (R\$ kWh)	Valor (R\$)
9193	9183	1,00	0	0,00	0,00	0,17037	0,17
15/01/18	13/12/17		29 0148		0,00		5,35

VR - CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 15,28
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -9,93
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,55
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -5,90

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENE SEGURO S/A
Av. Dom Luís, 300, Lote 147-FORTALEZA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
ENERGIA	2,00
TRANSMISSÃO	0,26
DISTRIBUIÇÃO	0,15
ENCARGOS SETORIAIS	0,59
TRIBUTOS (ICMS PIS-COFINS)	0,84
TOTAL	5,90

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DE SANTA CATARINA	COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DE SANTA CATARINA	COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DE SANTA CATARINA
Emissão de CO2	Compensação de CO2	Compensação de CO2
12,07	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGURO DO DÍGITO VERIFICADOR.
Entre as vizinhas e amigos e entre no contato ao nosso site (www.gene.com.br)
de dúvidas, zika e chikungunya: Ministério da Saúde, Gov. Federal

SAA SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÚ
 Rua Engenheiro Ovídio Cordeiro, 728 - Fátima - Iguaçu
 CEP: 52502-100 - CNPJ: 07.584.422/0001-40
 Fone: (30) 3344-7100/104 (atendimento)
 Site: www.saaiguaçu.gov.br

REGISTRO: 0024380-2 / PAR: RES-02 / DATA: 04/2018

AS/7503486 / 07/12/07 / 00.00.07.000001250 / 180100883

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 CARLOS GOMES DA SILVA
 RUA MARIA MARLENE TEIXEIRA 213, NOVO IGUAÚ
 CEP: 61.584-770 IGUAÚ-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA	01/01	38,80

HEBILITANTE **LAJOS CONSUMOS**

LEITURA	UNIDADE	
ANTERIOR: 1731	0,000000	
ATUAL: 1744	0,000000	
CONSUMO: 13	0,000000	
LEITURISTA: 26	0,000000	

MEDIA: 11 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
COR	ATE 500	01	1,35
PH	6 A 9	02	7,58
CLORO	ATE 0,5	01	0,88
TURBIDEZ	ATE 500	01	1,10
FLUOR	ATE 1,5	01	0,73

DEBITO(S):

VENCIMENTO: 22/04/2018 VALOR R\$: 38,80

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 MAI 2018

SAA SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÚ

0024380-2 / CARLOS GOMES DA SILVA / 04/2018

VENCIMENTO: 22/04/2018 VALOR R\$: 38,80

0024380-04-18 180100883

82670000000-1 39800753002-9 43500418180-8 10088300004-2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 MAI 2018
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Dom Luís, 309, Loja 141-FORTALEZA/CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 6221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=18&CODIGO=29636>

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

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

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTRATADO MARCELO DE
04 MAI 2018
AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 398, Loja 147-FORTALEZA/CE

Pelo exposto, eu CARLOS GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.133.933 / 08
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIANO BEZERRA ROMUALDO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 633.365.053 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARCIANO BEZERRA ROMUALDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.365.053 / 04, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusou informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Rua MARIA MARLENE TEIXEIRA</u>		Número <u>213</u>	Complemento
Bairro <u>Novo Igatu</u>	Cidade <u>IGATU</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63504-770</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD) <u>(88) 99780-4163</u>	Telefone celular (DDD)

Igatu-CE 16 de ABRIL de 2018

Local e Data

Carlos Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marciano Bezerra Romualdo,
 RG nº 9802994637 data de expedição 24/10/91/1998
 Órgão SSP portador do CPF nº 638.365.053-04 com
 domicílio na cidade de Iguatu no Estado de
CE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
St Barra = Bairro = Barra, nº —,
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima X Marciano B. Romualdo, cujo o condutor era
X Marciano Bezerra Romualdo

Veículo: moto
 Modelo: Honda AXR 150 Bros KS
 Ano: 2010 2011
 Placa: MUZ 94-16
 Chassi: 92-2KDD560BR504439
 Data do Acidente: 19 DE JANEIRO DE 2018
 Local e Data: Iguatu - CE - 13 DE ABRIL DE 2018

Marciano Bezerra Romualdo
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

X Marciano Bezerra Romualdo
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)

Reconheço a(s) 01 firma(s) Marciano Bezerra Romualdo
 por SEMELHANÇA com AUTENTICIDADE
 em 13 ABR. 2018 Dou fé
 Iguatu
 Ceará
 Em Teste Amara Lima de Verdade
 EXPEDIENTE MARIAM DE ARAUJO ASSUNÇÃO - Notário
 FADIA M. DE A. ASSUNÇÃO LIMA - Substituta
 MARIA IVANEIDE GOMES - Escrevente
 AMARA LIMA SOBRINHA - Escrevente
 (88) 3581-1312 e 3581-1228

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 MAI 2018
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Dom Luís, 369, Loja 147-FORTALEZA-CE

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 112251	Atendimento 0001	Nome do Paciente MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 638.365.053-04			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/05/1981	Local IGUAU/CE	Idade 36 Ano(s)		
Pai MANOEL BONFIM ROMUALDO		Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO		
Endereço SÍTIO BARRA, S/N	Bairro	CEP 63500-000	Município IGUAU	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge		
Responsável MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO BARRA, S/N	Município IGUAU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/01/2018	Hora 19:14	Convênio SUS	Matrícula	CEO
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Atendimento		Funcionário KELLY RAYANE COSTA LIMA		
Observação:				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)

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

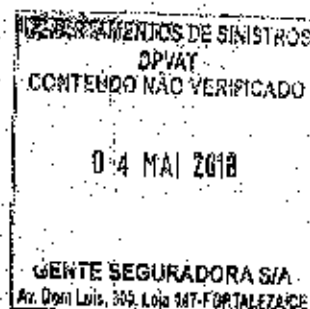
Paciente vítima de acidente de trânsito, com diversas lesões nos MS (OE).

Soluções

Rx do punho E
Rx do torn. E
Rx da mão D.

① Tramal 100 mg + 100 ml SF.

Imobilizar



Dr. Francisco Vilmar Felix Martins
CRM 4592



NOME DO PACIENTE		N° DO PRONTUÁRIO	
06.02.18		LEITO	
OPERADOR		1° AUXILIAR	
2° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
TIPO DE OPERAÇÃO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		CONTEUDO NAO VERIFICADO	
		04 MAI 2018	
		GENTE SEGURADORA S/A	

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto visceras.

(1) Peto em AHH sob anestesia

(2) Antimpi'e ure

(3) Peto vdo pt morto e aduio emite e paco
q paco vdo e paco cipeis. Observados paco
Comunicação metapne

(4) Peto q aduio dext e aduio 1 paco q
no 2 1.5 mm

(5) Grupos q st, hmanhri, fctro, unho

Dr. Frederico M. Silva
Cirurgião

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CAGE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

4 - CAGE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO REGISTRO

7 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COG. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS GRUPOS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - HISTÓRICO CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIAS

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

26 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

27 - Nº DO REGISTRO

28 - SÉRIE

29 - CAGE DA EMPRESA

30 - CAGE DA EMPRESA

31 - CAGE

32 - SÍMULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - EMPREGADO

34 - AUTÔNOMO

35 - DESEMPREGADO

36 - APOSENTADO

37 - NÃO SEGURO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

43 - Nº DO REGISTRO

44 - SÉRIE

45 - CAGE DA EMPRESA

46 - CAGE DA EMPRESA

47 - CAGE

48 - SÍMULO COM A PREVIDÊNCIA

49 - EMPREGADO

50 - AUTÔNOMO

51 - DESEMPREGADO

52 - APOSENTADO

53 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - Nº DO DOCUMENTO (SERVIDOR) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUAU - FUSP
HOSP. REG. DR. MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Ble Liv 2017023

DADOS DO PACIENTE

Nome MARCIANO BEZERRA ROMUALDO				Prontuário/Atendimento 112251/0007	
Nascimento 03/06/1981		Local ICO		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Estado Civil Solteiro(a)	
Documento(s) CPF: 638.365.063-04		CNS 70.2409.035.5881-22		Idade 36 Anos	
Endereço SÍTIO BARRA I		Município IGUAU-CE		CEP 63600-000	
Fone (88) 99418-4005		Profissão		Empresa	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjugue			
Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO		Pai MANOEL BONFIM ROMUALDO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 08/02/2018 12:12		Quarto/Letto 410-0003		Aposento ENFERMARIA	
Convênio SUS		Matrícula		Clínica CL. CIRURGICA	
Médico FREDERICO MACHADO DE ALENCAR		Sessão		Setor CLINICA CIRURGICA	
CID Principal S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio		CID Complementar S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio		Dias 0	
Observação		Procedimento SUS		Suplemento	
Usuário ANA KELE RODRIGUES		Data Saida 07.02.18		Hora Saida 13:05	
Condição da Saida Alta médica		Assinatura Saida			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

PORTAL DE PACIENTES E SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 MAI 2018
UNITE SEGURADORA S/A
Av. Com. Lusa, 309 - Loja 161 - FORTALEZA

IGUAU, 6 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela Internação: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

ADMINISTRAÇÃO + SAÚDE

www.saocamiloiaguatu.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Marciano Bezerra Romaldo

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retomar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(☒) Permanecer afastado do trabalho (60 sessenta)
dias a partir de ____

Observações: _____

CID: 552

IGUATU, 09 de 1 de 2018

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

RECORRIMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 392 Loja 157-FORTALEZA



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

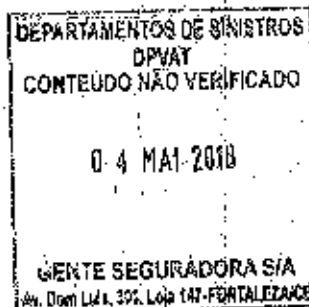
- Rx punho @ AP / P
- Tale Woz

Dr. Frederico Luiz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10770 RPPOT 11928

IGUAÇU, 06 DE 02 2018

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 350, Loja 147-FORTALEZA



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Marciana Bezerra Romualdo

17


Fluox 100g

1 - 1g de 10/10

Dr. Antônio Alberto Bandeira
CRM 1993
Ortopedia Traumatologia

IGUAÇU, 2 de 2 2018

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Nome Completo: _____ CRM: _____ UF: _____ Nº: _____ Endereço Completo: _____ Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO CLIENTE <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> _____ Carimbo e Assinatura do Médico
--	--

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: Arcoxia _____ com _____ comprimidos
 tomar 01 comprimido 1 vez ao dia.

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Org Emissor: _____ End: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ _____ _____ _____ Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____
--	--

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

 04.MAI.2018

 AGENTE SEGURADORA S/A
 FORTALEZA

0 4 MAY 1988
RECEIVED
U.S. AIR FORCE
HONOLULU, HAWAII

0402-5
[illegible]
[illegible]

180 216

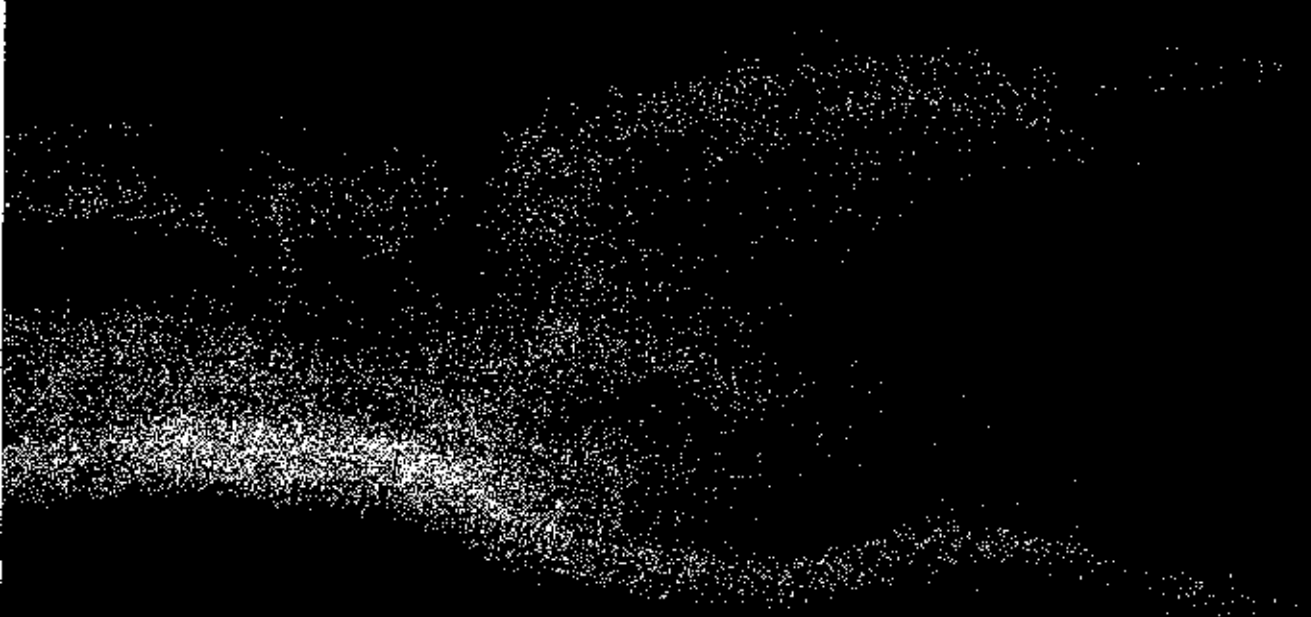
180 216

180 216

81000

198

ARM



915000

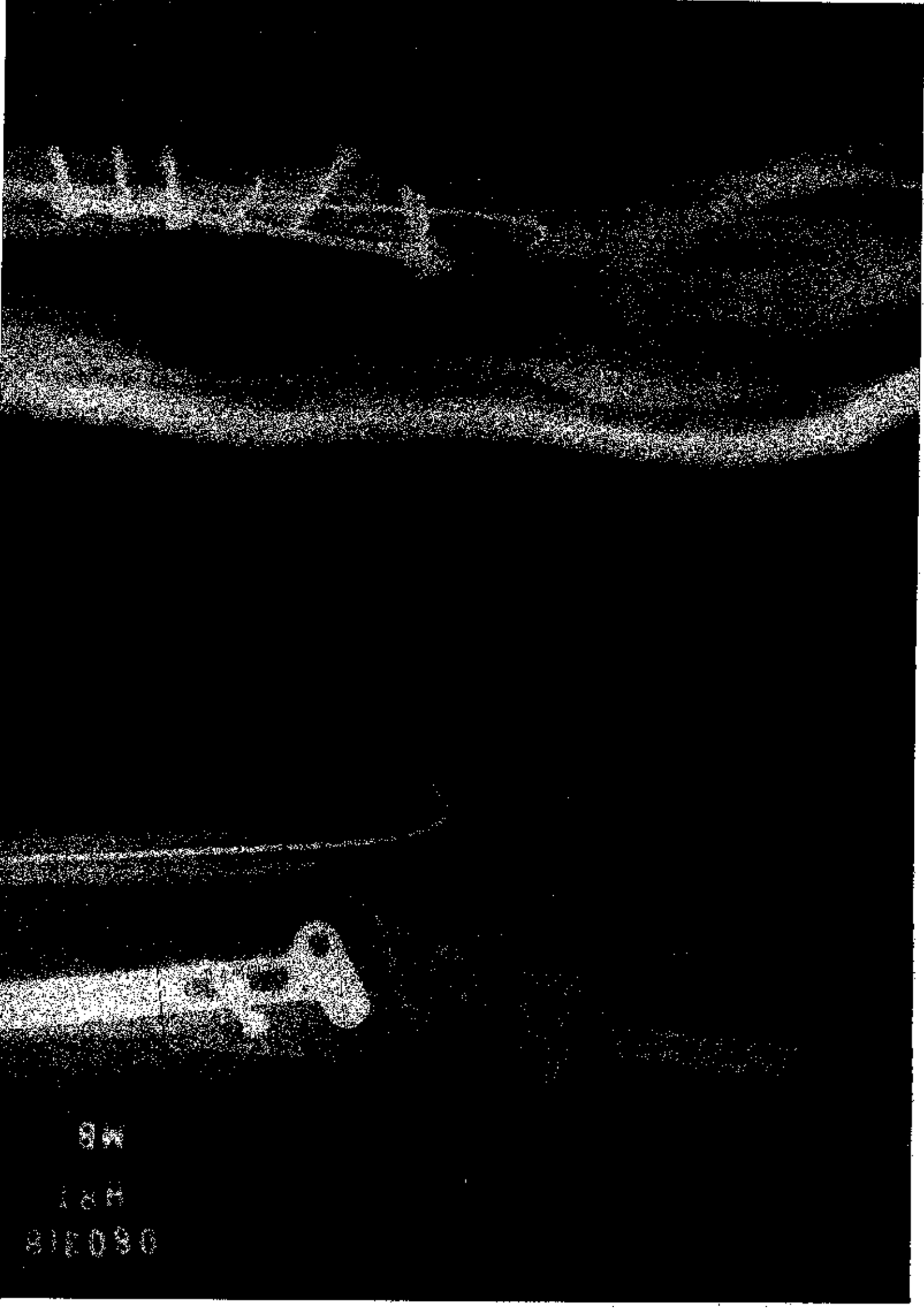
18H

80H

000518

HRJ

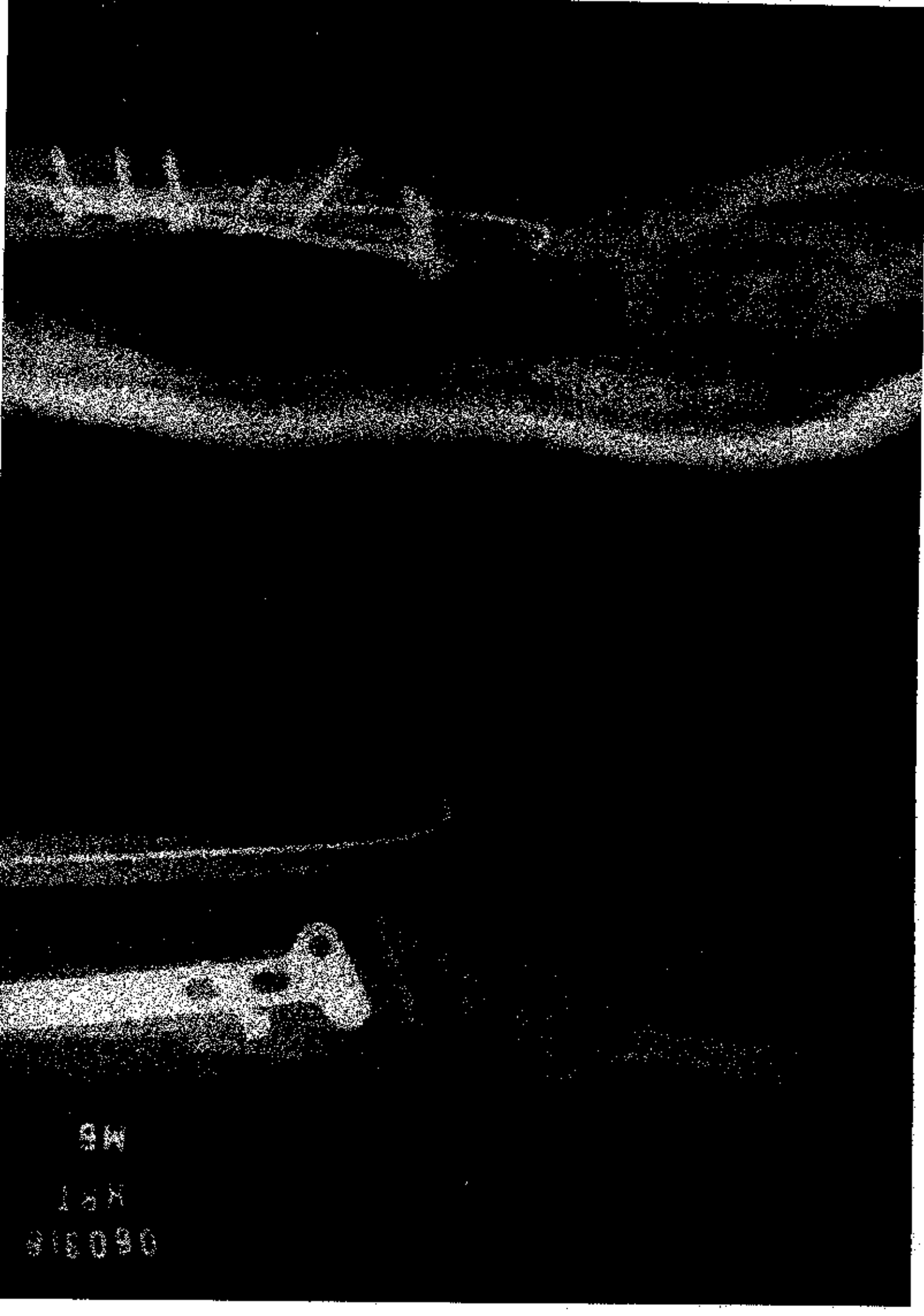
HRJ



MB

MB

080318



8W

18H

080310

ARTICLE 10
OF
THE CONSTITUTION

OF THE UNITED STATES

OF AMERICA

SEC 10

10

10

MRI

ME

DEPARTAMENTO DE MINAS
DPMAT
CONTELDORADO VERIDIC
0-4-MAY-2018
GENE SECURADORA S.A.
S. De La Lira 300, Lora 141, 83400, Chile

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR Nº
98029194637 SSP CE

CPF
638.365.053-04

DATA NASCIMENTO
03/06/1981

FUNÇÃO
MANOEL BONFIM ROMUALDO
FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO

PERMISSÃO
ACC CENAL
AII

Nº RENOVADO
05074516481

VALIDADE
16/01/2022

1ª MANUTENÇÃO
09/12/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Marciano Bezerra Romualdo

LOCAL
IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
24/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
04649168496
CE157680207

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409539158

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409539158

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 309, Loja 147-FORTELEZA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MAIORE BERNARDO ROMUALDO

24/09/1998

3/6/1981

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 98029194637

NOME: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

DATA DE NASCIMENTO: 24/9/1998

LOCAL DE NASCIMENTO: SCA BEZERRA ROMUALDO

DATA DE EMISSÃO: 3/6/1981

LOCAL DE EMISSÃO: SCA BEZERRA ROMUALDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Rendas Federais

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

CPF: 98029194637-04

DATA DE EMISSÃO: 03/08/81

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

SE/01/80 : use apenas

TRIBUTOS GERAIS E OUTROS

DATA DE EMISSÃO: 03/08/81

LOCAL DE EMISSÃO: SCA BEZERRA ROMUALDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CRLH. EMISSOR
82015061975 SSP CE

CPF
710.133.933-68

DATA NASCIMENTO
12/06/1971

FRACÇÃO
SATIGNO GOMES DA SILVA
MARIA MAGDELO DA SILVA
GOMES

PERÍODO
21/11/2021

ACC
3.0

CEHSA
04/08/2010

Nº HABILITADO
05002102255

DATA EMISSÃO
21/11/2021

DATA VALIDADE
04/08/2010

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Carlos Gomes da Silva

LOCAL
IGUAATU, CE

DATA EMISSÃO
29/11/2016

ASSINATURA DO TITULAR
44280740815
CH156606682

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1404511140

PROIBIDO PLASTIFICAR
1404511140

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 013867510112

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PF 01 00274288982 0000000000 2017

MARCIANO BEZERRA ROMUALDO
IGUATU

63836305304

HUZ9418/CE

902KDO360BR504439

PAS/HOTOCICLO/BAO AFILIC.

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 ERDS KS

2010 2011

2F/OCV/149CC

PARTIC

FRETA

1ª COTA ÚNICA
2ª COTA ÚNICA
3ª COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 107 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

107 (R\$) 107 (R\$) 107 (R\$)

IGUATU LOCAL DATA 18/10/2017

Igor Pontes

CE Nº 013867510112 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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

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

01 63836305304 HUZ9418

00274288982

HONDA/NXR150 ERDS KS

2010 05

902KDO360BR504439

PREMIO TARIFARIO

9,03 90,33

51,25 9,03 90,33

4,15 0,7 185,5

17/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 09.246.600/0001-04

MOTOR: KDO360BR504439

01133

DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 350, Loja 147-FORTELEZAUCE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180203688

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

Data do acidente: 19/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180203688 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

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: 3180203688

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

Data do acidente: 19/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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.

Número do Sinistro: **3180203688**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO BARRA, S/N - BARRA - Iguatu - CE - CEP 63514-899

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **98029194637**

Data e local do acidente: [**19/01/2018**] **IGUATU/CE**

Data e local do exame: [**22/05/2018**] **Iguatu** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

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

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E PLACA COM PARAFUSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO POLEGAR DIREITO E FISIOTERAPIA.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATÔMICA DO POLEGAR DIREITO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 1º quirodáctilo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 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):

1º quirodáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM-CE 13.234

Felipe Boaventura Apolinário - CRM: 13234 - CE