

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218753 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: henrique da silva pereira **Data do acidente:** 30/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUIU SEM COMPLICACOES, COM ALTA MEDICA APRESENTA EDEMA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO E CLAUDICAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Médico examinador: FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAÚJO

CRM do médico: 2498/PI

UF do CRM do médico: PI

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: 28/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA SILVA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000019275-1

Nr. da Autenticação 25EF0870CD94AA01

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218753 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: henrique da silva pereira **Data do acidente:** 30/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUIU SEM COMPLICACOES, COM ALTA MEDICA APRESENTA EDEMA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO E CLAUDICAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Médico examinador: FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAÚJO

CRM do médico: 2498/PI

UF do CRM do médico: PI

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DA SILVA PEREIRA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão DOMESTICA, residente e domiciliado à Rua DR. JOSE DE SOUZA nº 61, bairro BARBOSA, Município de CAMOCIM, Estado de (o) CE, CEP 62400000, portador(a) do RG nº 500009813843 SSP/CE e CPF 67507018334

OUTORGADO: LUISIANA NECEDO LOPES LUCIO, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão PROFESSORA, residente e domiciliado à Rua DR. JOSE DE SOUZA nº 1120, bairro CENTRO, Município de CAMOCIM, Estado de (o) CE, CEP 62400000, portador(a) do RG nº 20162038320 SSP/CE e CPF 3405012387

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) MARIA DA SILVA PEREIRA, ocorrido em 20/11/2016, conforme registrado pelo B.O. anexo no 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 de 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.

CAMOCIM - CE, de 06 de Março de 2017

3º OFÍCIO

Outorgante

CPF nº 67507018334

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



RECONHECO (assinatura) (Semelhante)

Luiz Henrique (assinatura) (Semelhante)

Maria da Silva Pereira

06 MAR 2017

Dou Fé. Camocim/CE

(assinatura)

☐ Selo Luíz Henrique de Castro Guilhon-Teófilo

☐ Alberto Otton de Castro Guilhon-Substituto

☐ Andreia Gallegz Sabala - Escrevente Substituto

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



CONTRAV

DENTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE

Nº 012636681940

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01/1103961362

00000000000

2016

BENEDITA ALVES PEREIRA

CAMOCIM/CE

02044035375

FOR6870

/CE

9C2JB0100GR039216

PAS/MOTOCICLO/NO APLIS

CASOLINA

HONDA/POP 110Z

2P/OCV/109CC

PARTIC

VERMELHA

2015

2016

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

CE Nº 012636681940

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

02044035375

PAS/MOTOCICLO/NO APLIS

CASOLINA

HONDA/POP 110Z

2P/OCV/109CC

PARTIC

VERMELHA

2015

2016

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

UNIAO SEGURO

30 MAR 2017

10:04:30

DECLARAÇÃO

Eu MARIA DA SILVA PEREIRA RG 20000-98138473
CPF 1625076783347 declaro que após ter sofrido acidente provocado por
veículo automotor de via terrestre, em 30/11/16 fui socorrido por
E levado ao hospital. 30-3 Município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos
adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi
atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da
mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi
instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a
Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim
de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas
constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade
comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de
contravenção, que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa
prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público
ou particular, declarar que nele deveria
constar, ou nele inserir ou fazer declarações
falsa ou diversa da que deveria ser escrita,
com o fim de prejudicar direito, criar
obrigação ou alterar a verdade sobre
o fato juridicamente relevante."

Local: CAMOCIM 14-03-17

UF SE Data 14/03/17

Declarante Maria da Silva Pereira

UNIAO SEGURADORA

31/03/MAR-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218753 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: henrique da silva pereira **Data do acidente:** 30/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA - TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: CICATRIZ, DEBILIDADE E LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR ESQUERDO 50%

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 675.070.183-34

Nome da Pessoa Física: MARIA DA SILVA PEREIRA

Data de Nascimento: 24/02/1969

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 07/08/1993

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:44:24 do dia 19/04/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: DF9B.704E.AA55.159D



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

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

UNIÃO SEGURADORA

18 ABR 2017

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04



ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0127747117
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:56:04

ASL-0
djennene.
17/04/2011

0127747/17
E. Vieira.0287
017 10:56:04

312774717
djani@vici@0287
17/04/2017 10:56:04

ACL-912774717
djaneane.vieira.0287
17/04/2017 19:58:04

201-0127747117
JAMES HEISE.0287
17/04/2017 10:56:04

NÚMERO 2000098108470 DATA DE EMISSÃO 18/12/2000
 FILIAÇÃO BENEDITO JOMES DA SILVA E MARIA
 ACRÉSCIO DA SILVA
 NATURALIDADE CEARÁ DE DATA DE NASCIMENTO 24/2/1969
 DOC ORDEM DEB. CASAS 2219 2 9 2 5
 189 V. CANCELO 17/05
 277445 32 487 267423793
 ASSINATURA DO DETENTOR

ASL-10
djeneric
17/04/2017 10:56:04

UNIÃO SEGURADORA
30 MAR 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DA SILVA PEREIRA, RG nº 3.000.984.384-3, data de expedição 18/12/00 Órgão SSA-CE

CPF nº 675.02.028534-1, 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>R. R. NAIMUNDOS VIEIRA</u>
Número	<u>64</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BRASILIA</u>
Cidade	<u>CAMOCIM</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>162400-000</u>
Telefone de Contato	<u>(788) 99049064 - 93331695</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Assinatura do Declarante:

Maria da Silva Pereira

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017

ASL-0127747/17
17/04/2017 10:45:42
Jeferson Vieira 0287

saag

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAMOCIM - SAAG
CANTABRÂNIA MUNICIPAL - LUI IN DEBETOR
CNPJ: 07.000.000/0001-00 - END: RUA DA SERRA, 1103 - CAMOCIM - CE
RUA DE SÃO CARLOS, 1103 - CAMOCIM - CE
www.saagcamocim.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
ANTONIO DE JESUS PEREIRA
RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61 910
BRASILIA CAMOCIM CE
CEP: 62.400-000

SERVIÇOS E TARIFAS		PREST.	VALOR
COD.	DESCRIÇÃO		
00001	Tarifa de Água		9,12
10005	MULTA REF. JAN/17-DEZ/16		0,36
10006	MORA REF. JAN/17-DEZ/16		0,17

HIDROMETRIA		CONSUMO OCOR.		DIAS		ULTIMOS CONSUMOS	
ANTERIOR	ATUAL					MES	CONS. DIAS
427	433	6	00	29		Fev/17	7 30
01/02/17	01/02/17	TAR. LEITURA 01/03/17				Jan/17	6 30
						Dez/16	5 30
						Nov/16	6 30
						Out/16	6 30
						Set/16	7 30
						MÉDIA: 6 m³	
						01/03/17	03/03/17

RESERVATÓRIO: 01-ÁREA DE CAPTAÇÃO
MENSAGENS
DICA DE ECONOMIA: REUTILIZE A ÁGUA SEMPRE QUE POSSÍVEL. DEPO
IS QUE USADA PARA AINDA PODE SER USADA PARA LAVAR CALÇADAS.
POR EXEMPLO CONTATOS: Fone: (88) 3621.1515 Site: www.saagcamocim.com

CONSTA DÉBITOS ANTERIORES
FATURA 17031756 VENCIMENTO 27/03/2017 VALOR R\$ 9,65

CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO VENCIDO
INFORMAMOS EXISTIR DÉBITO (S) VENCIDOS SEM ACRESCIMO LEGAIS
ATE ESTA DATA, NO VALOR DE R\$ 9,12 SEU FORNECIMENTO DE ÁGUA
PODE SER SUSPENSO EN, ATE 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DA FATU
RA VENCIDA E NÃO PAGA.

SAAG SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAMOCIM - SAAG
CANTABRÂNIA MUNICIPAL - LUI IN DEBETOR
CNPJ: 07.000.000/0001-00 - END: RUA DA SERRA, 1103 - CAMOCIM - CE
RUA DE SÃO CARLOS, 1103 - CAMOCIM - CE
www.saagcamocim.com.br

FATURA 17031756 VENCIMENTO 27/03/2017 VALOR R\$ 9,65

0017560.03 17 017831756
62690000000-9 09650242001-3 75620178300-3 00001000000-8

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu BENEDITA ALVES PEREIRA

RG nº 2003035084219, data de expedição 02/09/2003

Orgão SSP, portador do CPF nº 000.474.835-76, com

domicílio na cidade de CAMOCIM no Estado de CE

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) V. NOSSA SENHA DAS GRAÇAS

complemento 000, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, cujo o condutor era

JOÃO BATISTA LOPES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA

Ano: 2015

Placa: POH 6870

Chassi: 9623804000003920610

Data do Acidente: 30.11.16

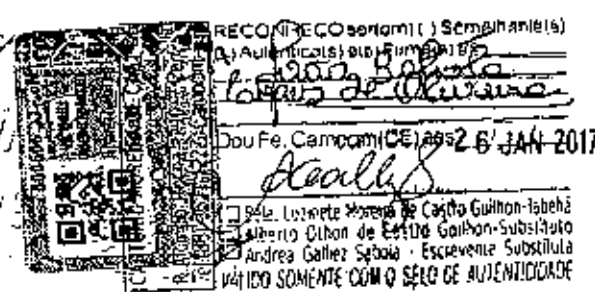
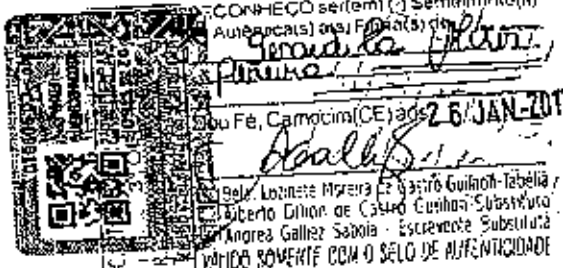
Local e Data: Camocim-CE, 26/01/2017

DOCUMENTO 5 "TS9"



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima diretamente do sinistro)



ASL-0127747117
clenans.vieira.0287
17/04/2017 09:40:49

ASL-0127747117
clenans.vieira.0287
17/04/2017 09:40:49

(Reconhecer firma)
autenticado

HOSPITAL
DEPUTADO
MURILO AGUIAR

FICHA DE ACOLHIMENTO

DATA: 30/11/16 HORA: 17:25

DADOS PESSOAIS

CNS: 898-0030-0517-7078
NOME: Adriana do 1º Silva IDADE: 40 anos
NOME DA MÃE: Maria do Silva
NOME DO PAI: Antonio de Jesus
DATA DE NASCIMENTO: 01/01/76 NATURALIDADE: Cametá
ENDEREÇO: R. N. Resimamala Nº: 61
BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Cametá ESTADO: CE PROFISSÃO: Costureira
Nº DO PRONTUÁRIO: 17104/2017 09:47

ATENDIMENTO

() ADULTO (x) PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTÉTRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS:

ACOLHIMENTO:

() ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
(x) NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO

NÃO () CAUSAS:

() NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

() UBS
() UPA

() SAMU
() CARRO
() DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 3

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 17:25

HDA DO ACOLHIMENTO:

PA: 17104/2017 09:47 PULSO: 72 FR: 12 TEMP: 36,5 PESO: 55

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE?

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACÊUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ALCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFIDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
() PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

UNIAO SEGURADORA

30/11/2017 17:25

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 17/04/2017 09:47:43
HDA DO MÉDICO: Neira.0287

DIAGNÓSTICO:
CONDUTA:

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLÓGICO
() CIRÚRGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

DESTINO DE ATENDIMENTO:
CONSULTA

- () COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRÚRGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRÚRGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA:

HORA:

+ Elisbeth da Silva Pereira



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4694662 | Paciente: 644484 - HERRIQUE DA SILVA PEREIRA
Data e Hora do Acolhimento: 30/11/2016 22:48:06

TIPO DE ACOANHIMENTO: PEDIÁTRICO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA + LESÃO NO MIE CONSCIENTE EM
ALERTA CRIANÇA TRANSFERIDA DO HGN

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: DX: Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura:

☒ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física

Descrição do Local do Acidente:

VIA PUBLICA

História da Doença Atual:

atropelamento por moto lesao no mie

Exame Físico:

a=b=c=d=ok

Destino do Atendimento: ALTA

Causa da Queimadura:

☒ Utilizava cinto

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

SEU MATSUI - CRM.: 6850

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
CONFERE COM O ORIGINAL
Andressa Montenegro



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

Data de Nascimento: 01/02/2007

Endereço: RUA DR. RAIMUNDO VERAS

Cidade: CAMOCIM

Prontuário: 134279

Idade: 9 ano(s) 9 mes(es) e 28 dia(s)

CEP: 62400-000

Bairro: BRASILIA

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Resumo Clínico:

FRATURA EXPOSTA DE MIE POR ACIDENTE DE MOTO (ATROPELAMENTO) HA 3 H. NEGA SINAIS DE HIC.
PEITO CURATIVO COMPRESSIVO, COM SAGRAMENTO ABUNDANTE.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

EGR, CORADO, HIDRATADO, ATIVO E EUPNEICO FC: 112BPM

AC: RCR, 2T (BNF), S/S

AP: MV+, SEM RA

ABDOM: INOCENTE

EXT: FRATURA EXPOSTA EM PERNA

AUSENCIA DE SINAIS FOCAIS OU MENINGEOS

Exames Realizados:

RX

Terapêutica Utilizada:

CETOPROFENO

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA EXPOSTA EM PERNA

Hospital de Referência:

SMSC - AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA

Observações:

URGÊNCIA - FRATURA EXPOSTA
TRANSPORTE BASICO

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFIRME COM O ORIGINAL

Andressa R. Montenegro Portela
COORDENADORA

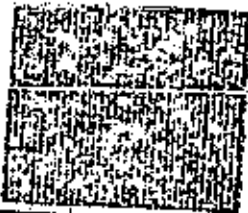
UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

Médico:

SARA BEZERRA FIGUEIREDO, 14028CRM

30/11/2016 21:10



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página
Data
Hora

Aviso de Cirurgia: 300721

Paciente: 1644484

Convênio Atend: 1513

Idade: 9 Anos 1 Hom

DT. Início: 01/12/2016 00:32

Cid Pré-Operatório: S821

Cid Pós-Operatório: S821

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala: 0004

SALA 04

HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

SUS - SIH

LEITO EXTRA- RECUPERAÇÃO

DT. Fim: 01/12/2016 01:33

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento: 4694667

Cabeleira

Idade: 9 Anos 1 Hom

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

SUS - SIH

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

CIRURGIAO

1. AUXILIAR

8349 JOSÉ WALTER DE ARAÚJO NETO

2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

8892 JOÃO PAULO TAVARES LINHARES

Descrição Cirúrgica:

Descrição

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

ISQUEMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS

FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS

VISUALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAU I

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF6,8% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA

SUTURA MINIMA DA PELE

CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. João Paulo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRMCE 8892 TEOT. 12381

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dr. Audy Rocha de Oliveira
CPF 320.742.88-00
DR(A): AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Matrícula... 644484
Paciente... HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
Sexo... MASCULINO
Dt. Nasc... 1/2/2007
Mãe... MARIA DA SILVA PEREIRA
Pai... ANTONIO DE JESUS PEREIRA
E. Civil... SOLTEIRO
Endereço... RUA DR. RAIMUNDO VERAS Nº 81
Bairro... BRASILIA
Cidade... CAMOCIM
Fone... 994487712
CPF...
Idade... 99 Anos 30d
Cor... PARDA
CNS... 898003005177078
Nº... 81
CEP... 62400-000
UF... CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...
Endereço...
Documento...
Fone...

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 4694667
Data... 30/11/2016
Procedimento... 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
Medico... AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
Unidade Int... UI SALA DE RECUPERAÇÃO
Leito... LEITO EXTRA RECUPERAÇÃO
Convenio... SUS - SII
Plano...
Carteira...
N. Guia...

Atendente... KLISMAN LINDO
Hora... 23:39 Permanência... 3 Dias

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SAUE
CONFERIR COM O ORTÔNICO
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento da Informação Médica
Comprovante de Alta Hospitalar
Página: 1/1
Editado por: MARIA CARMO
Em: 05/12/2016 20:53

Atendimento... 4694667

Data Alta... 05/12/2016

Paciente... 644484 HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

Serviço... 125 PRONATOPROTECÇÃO
Leito... 125 PRONATOPROTECÇÃO
Motivo... 125 PRONATOPROTECÇÃO
CID... 125 PRONATOPROTECÇÃO
Procedimento da Alta... 125 PRONATOPROTECÇÃO
Observação de Alta...

HENRIQUE DA SILVA P...

Santa Casa de Sobral

ID: 644484

2016/12/01

Sex: M

PERNA

5101

2965

929

Im: 1/2

Instance Number: 1

W 4273/ C 2965

Zoom: 100%



Santa Casa de M. de Sobral

CONSERVE COM O ORIGINAL

André R. Montenegro Portela
COORDENADORA

UNIÃO SEGURADORA

3.0/MAR 2017

ASL-0127747117

djaniane.veira.0287

17/04/2017

ASL-0127747117

djaniane.veira.0287

17/04/2017 09:47:43

ASL-0127747117

djaniane.veira.0287

17/04/2017 09:47:43

(U) (S) (C) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)



SENTO DE RESOLUÇÃO, 15
1CM. FERNOLU NA FORMA
DA LEI Nº 9935/94, ART. 43,
ART. 2º INCISO, XXXI C. E.

ESTADO DO Ceará
COMARCA DE Barroquinha
MUNICÍPIO DE Barroquinha
DISTRITO DE Bitupitã

Mônica Linhares de Oliveira
Oficial(a) do Registro Civil

CANTORIO LINDARES DE OLIVEIRA
CITIZITA BARROQUINHA CEARA
COMARCA DE BARROQUINHA
Mônica Linhares de Oliveira
Oficial
Raimundo Euclides da Costa
Substituto
CNPJ 02.337.272/0001-47

CERTIFICO que, às fls. 021 do Livro A - 13, sob o n.º de ordem 6.242 foi lavrado o assento de nascimento de Henrique da Silva

[illegible]

O referido é verdade e dou fé.

Bitupitá - Barroquinha - Ceará, 23 de Fevereiro de 2.007

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017

(Rubrica)
 Oficial(a)
 Mónica Linhares de Oliveira
 Oficial
 OF. 067 917 43



ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

DOCUMENTO 3 "T3%"
ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

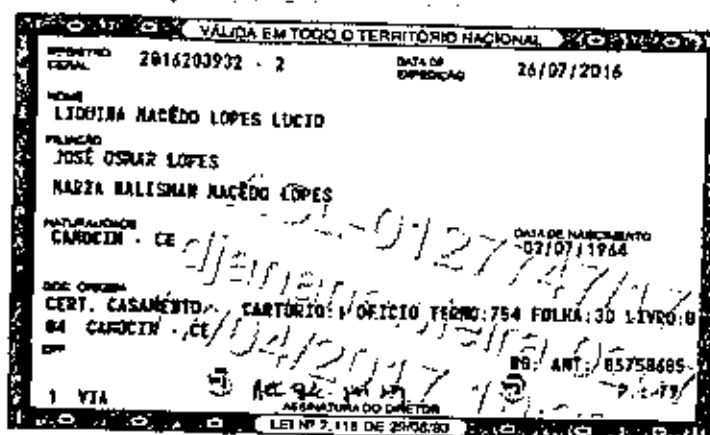
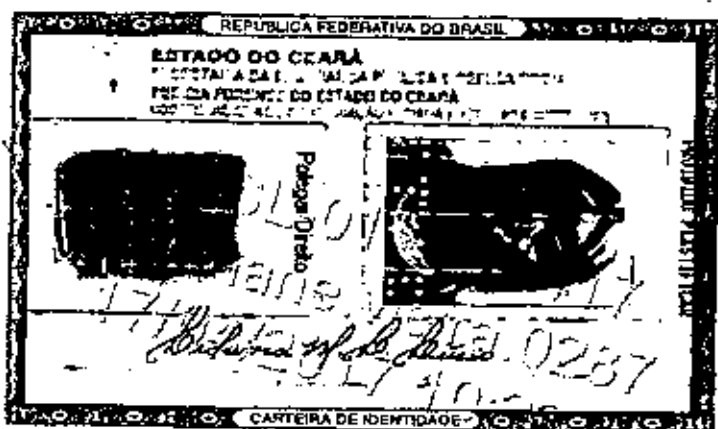
ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21
UNIAO SEGURADORA
30 MAR 2017



ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21

ASL-0127747/17
djanane.vieira.0287
17/04/2017 10:22:21
UNIAO SEGURADORA
30 MAR 2017 2:21

SIL

SENTO DE PROLUTEN: 15
ICM. PERMOJU NA FORMA
DA LEI Nº 9035/94. ART. 45.
ART. DE ACOSO LXXV C-2

REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará
COMARCA DE Barroquinha
MUNICÍPIO DE Barroquinha
DISTRITO DE Bitupita

Mônica Linhares de Oliveira

Oficial(a) do Registro Civil

CANTORIO LINHARES OLIVEIRA
CITYTIA BARROQUINHA CEARA
COMARCA DE BARROQUINHA
Mônica Linhares de Oliveira
Oficial
Assistente Esclida da Ponte
Substituto
CNPJ 02.237.272/0001-47

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 021 do Livro A 513, sob o n.º de ordem 6.242

foi lavrado o assento de nascimento de Henrique da Silva Pereira.x.x.x.x.x.x.x

[illegible]

do sexo Masculino, nascido no dia 01 (primeiro) de Fevereiro de 2.007 (dois mil e sete).

nascido em _____ no dia 01 (primeiro) de Fevereiro
de 2.007 (dois mil e sete).x.x.x.x.x.x.x.x/x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
às 16 horas e 50 minutos em Campo Limpo.

às 16 horas e 50 minutos, em Camocim Ceará.

filho de Antonio de Jesus, Pereira

Filho de Antonio de Jesus Pereira
e de Dona Maria da Silva Pereira

de Dona Maria da Silva Pereira, sendo avós paternos Francisco das Chagas Pereira

sendo avós paternos Francisco das Chagas Pereira.
e Dona Maria Venancio Pereira.

Dona Maria Venancio Pereira.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
e avós maternos Benedito Gomes da Silva.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

avós maternos Benedito Gomes da Silva.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
e Dona Maria Pereira da Silva.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

O assento foi lavrado em 23 de Fevereiro de 2007 tendo sido

O assento foi lavrado em 23 de Fevereiro de 2007 tendo sido declarante pai do registrado.

serviram de testemunhas Lucilene Ivo da Silva e Tarazinha da Jesus

serviram de testemunhas Lucinda Ivo da Silva e Terezinha de Jesus Pinto.

Observações: Registro feito de acordo com a Lei dos Registros Públicos.

Observações: Registro feito de acordo com a Lei dos Registros Públicos em vigor. (Não contém rasura).

Vigor. (Nao contem rasura).x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

[illegible]

146-175-
referido a unidade 6/10/78.

referido é verdade e dou fe

Bitupitã - Barroquinha - Ceará 23 de Fevereiro

Situpita - Barroquinha - Ceará, 23 de Fevereiro de 2.007

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017


 Oficial(a)
 Monica Linhares de Oliveira
 Oficial(a)
 OF. 067 917 43

ATO DECLARATÓRIO

HOSPITAL
DEPUTADO
MURILO AGUIAR

FICHA DE ACOLHIMENTO

DATA: 30/11/16 HORA: 17:25

DADOS PESSOAIS

CNS: 10.898-0030-0517-7078
NOME: Henrique da Silva IDADE: 8 Anos
NOME DA MÃE: Marta da Silva
NOME DO PAI: Antonio de Jesus
DATA DE NASCIMENTO: 07/03/10 NATURALIDADE: Pernambuco
ENDEREÇO: R. 137 - Bairro: ...
BAIRRO: Phoelice CIDADE: Simão ESTADO: CE PROFISSÃO: ...
Nº DO PRONTUÁRIO: ...

ATENDIMENTO

() ADULTO (X) PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTÉTRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
() NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO
NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

ACOLHIMENTO:

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
() UBS () CARRO
() UPA () DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ... HORA DA CLASSIFICAÇÃO: ...

HDA DO ACOLHIMENTO:

DOCUMENTO 3 "T3M"



PA: ... PULSO: ... FR: ... TEMP: ... PESO: ...

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE?

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () GLEO () ALCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFIDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
() PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 13/04/2017 17:48
HDA DO MÉDICO: Dr. JEFFERSON VIEIRA

DIAGNÓSTICO:
CONDUTA:

ASS. MÉDICO: CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLOGICO
() CIRURGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

DESTINO DE ATENDIMENTO:
CONSULTA

- () COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRURGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRURGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA: 13/04/2017 HORA: 17:48

Polígrafo da 9:20 da manhã

CERTIDÃO

JOSE LUIS DE MATOS PEDROSA, Escrivão de Polícia Civil, matrícula nº 197.409-1-9, com exercício funcional nesta Delegacia Regional de Polícia de Camocim-CE, no uso de suas atribuições legais;

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada e para os devidos efeitos e fins legais, que esta 5ª. Delegacia Regional de Polícia Civil, sediada na cidade de Camocim-CE, circunscrição que compreendem os municípios de CHAVAL, BARROQUINHA, CAMOCIM, GRANJA, MARTINOPOLE, URUOCA e SENADOR SÁ, não dispõe de Instituto Médico Legal-IML, ficando os EXAMES DE CORPO DE DELITOS a cargo do IML de Sobral-Ce. Também CERTIFICA que nesta circunscrição policial não há SAMU, CORPO DE BOMBEIROS e "ANJOS DO ASFALTO". Dou fé.

Cartório da 5ª Delegacia Regional de Polícia Civil em Camocim-CE, quinta-feira, 26 de fevereiro de 2015.

JOSE LUIS DE MATOS PEDROSA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT.: 197.409-1-9

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017

DADOS PESSOAIS

CNS: 898-6030-0517-7078
NOME: Diego da Silva Pereira IDADE: 9 Anos
NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira
NOME DO PAI: Antonio de Jesus Pereira
DATA DE NASCIMENTO: 07/07/07 NATURALIDADE: Camocim
ENDEREÇO: R - N° Raimundo de Jesus Nº 67
BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Camocim ESTADO: CE PROFISSÃO: _____
N° DO PRONTUÁRIO: _____

ATENDIMENTO

() ADULTO (☒) PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTETRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
() NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO

NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
() UBS () CARRO
() UPA () DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

- Hugo
ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HDA DO ACOLHIMENTO:

☐ HORÁ DA CLASSIFICAÇÃO: _____

UNIÃO SEGURADORA

05 JUN 2017

PA: _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE? _____

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ÁLCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
() PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

ASS. DO ENFERMEIRO (A)

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____
HDA DO MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO: Fraatura por estresse
CONDUTA: _____

Tratamento com repouso e analgésicos

paciente com dor no pé direito
com desejo de fazer o exame por (Tiorfanurto) para
Cal. Transfêrencia para

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLÓGICO
() CIRÚRGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

SOMEL Santa Cruz

é possível se

DESTINO DE ATENDIMENTO:

CONSULTA

- () COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRÚRGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRÚRGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____ HORA: _____

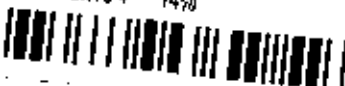
+ Elizabeth da Silva Pereira

ASS. DO PACIENTE

Dr. Marcos José de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC - 1017

UNIÃO SEGURADORA

05 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DA SILVA PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 2008098138422 e inscrito no CPF/MF sob o nº 67580078334, residente e domiciliado na RUA MINUNDO VIEIRA, nº 1117, cidade CANACIM, Estado CEARA, 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.

Maria da Silva Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

UNIAO SEGURADORA

30 MAR 2017



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



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, MARIA DA SILVA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 20000984382737 EXPEDIDO POR SSA 106117 EM 28/12/2010 ECPF 07509043334 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO REVENDOE RENDA MENSAL DE R\$ 260,50 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA HELENIA DA SILVA PEREIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 01277 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47117

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRABESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10345 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19275-1

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

HELENIA DA SILVA PEREIRA de 2017

28/12/2010 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

CAIXA
BANCO BRASILEIRO DE ECONOMIA E FINANÇAS

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMOCIM

DATA: 31/01/2017

HORA: 14:16:11

TERMINAL: 07451785

CONTROLE: 074517858510

AGÊNCIA: 0745 - CAMOCIM

CONTA: 013.00019275-1

CLIENTE: MARIA DA SILVA PEREIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUQUINHA POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

27/01

VALOR

0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

27/01

VALOR

213,94

RESUMO EM 30/01

SALDO

163,94

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

163,94

SALDO TOTAL

163,94

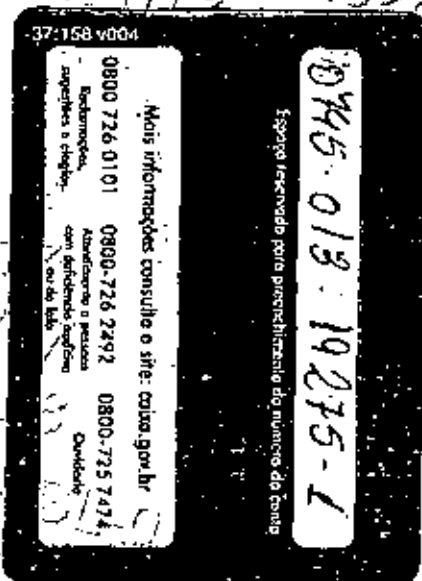
"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiental! Consulte o saldo na tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474

www.caixa.gov.br



ASL-0127747117

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28

ASL-0127747117

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28

ASL-0127747117

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28

ASL-0127747117

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28

ASL-0127747117

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28

ASL-UNIÃO SEGURADORA

djanene.vieira.0287

18/04/2017 16:45:28



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 859 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2017 15:46:54**
Data / Hora da Ocorrência: **30/11/2016 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS**
Complemento:
Bairro: **BRASILIA** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **PROX. COMÉRCIO CASA BRANCA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HENRIQUE DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **01/02/2007** CPF: **621.854.283-14**
RG: **20151204467** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
ANTÔNIO DE JESUS PEREIRA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61**
Bairro: **BRASILIA** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99944-8772**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **24/02/1969** CPF: **675.070.183-34**
RG: **2000098138473** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PEREIRA DA SILVA**
BENEDITO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61**
Bairro: **BRASILIA** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9944-8772**

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH6870** UF: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2JB0100GR039216 Renavam: **1103961362** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110i** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **BENEDITA ALVES PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

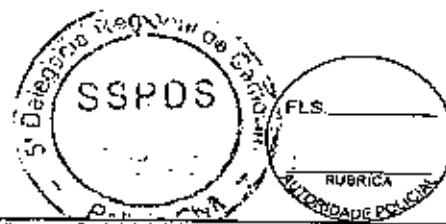
Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA SILVA PEREIRA, COMUNICANDO QUE SEU FILHO DE NOME HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, NO DIA/HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DE SUA CASA, QUANDO FORA COLHIDO PELA MOTOCICLETA HONDA POP 110i, DE COR VERMELHA, PLACAS POH6870, REGISTRADA EM NOME DE BENEDITA ALVES PEREIRA, TENDO SEU FILHO SE ACIDENTADO NO LOCAL. AFIRMA QUE A MOTO ERA CONDUZIDA POR JOÃO BATISTA LOPES DE OLIVEIRA RG Nº 20073790405 CPF Nº 06411815313, O QUAL PERMANECEU NO LOCAL, ENQUANTO SEU FILHO ERA SOCORRIDO AO HOSPITAL MURILO AGUIAR, ONDE DEU ENTRADA COM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA, SENDO, DE IMEDIATO, TRANSFERIDO À SOBRAL. AFIRMA QUE O

x maria da Silva pereira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 859 / 2017

REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML E CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHAS FRANCISCO LEANDRO DOS SANTOS RG Nº 125000547 CPF Nº 05435158770 E DIVA MARQUES DE SOUSA RG Nº 2002021043563 CPF Nº 01567617344. SALIENTA QUE NÃO DESEJA PROCESSAR CRIMINALMENTE O CONDUTOR DA MOTO ACIMA MENCIONADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Henrique da Silva pereira

VISTO DO DELEGADO(A):

HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2

Henrique da Silva pereira
ASL-0127747117
djanene.vieira.0287
13/04/2017 17:38:43

Henrique da Silva pereira
ASL-0127747117
djanene.vieira.0287
13/04/2017 17:38:43

Henrique da Silva pereira
ASL-0127747117
djanene.vieira.0287
13/04/2017 17:38:43

UNIÃO SEGURADORA

Henrique da Silva pereira
ASL-0127747117
djanene.vieira.0287
13/04/2017 17:38:43

Henrique da Silva pereira
ASL-0127747117
djanene.vieira.0287
13/04/2017 17:38:43

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10883756

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218753 ASL-0152576/17

Vitima: henrique da silva pereira

Data Acidente: 30/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11146402

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3170218753 ASL-0152576/17
Vítima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11417759

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3170218753 ASL-0152576/17
Vítima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **MARIA DA SILVA PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000745**

Conta: **0000019275-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170218753 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **HENRIQUE DA SILVA PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DR RAIMUNDO VERAS nº 61 - BRASILIA - CAMOCIM/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data local do exame: **24/07/2017 PARNAIBA/PI**

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 DA TIBIA ESQUERDA

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO. COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MÉDICA APRESENTA EDEMA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E CLAUDICAÇÃO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - PARNAIBA, 24/07/2017

Médico Perito: FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAÚJO CRM:2498/PI/PI

Francisco de Assis Costa Araújo
Dr. Francisco de Assis C. Araújo
Oftalmologista
CRM-PI 2498 - CPF 097842458/17

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10882366

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218753 ASL-0152576/17

Vítima: henrique da silva pereira

Data Acidente: 30/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO

Eu MARIA DA SILVA PEREIRA RG 2000098138473

CPF 67507018334 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 30/11/16 fui socorrido por _____

E levado ao hospital DO MUNICÍPIO

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

“Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado”

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.”

Local: CANOCIM 14-03-17 UF _____ Data / /

Declarante Maria da Silva Pereira

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DA SILVA PEREIRA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão DOMESTICA, residente e domiciliado à Rua DR. ROIMUNDO VIEIRA nº 61, bairro BRASÍLIA, Município de CAMOCIM, Estado de (o) CEARA, CEP 62400000 portador(a) do RG nº 200009813843 SSP/CE e CPF 67507018334

OUTORGADO: LIDUVINA MACEDO LOPES LUCIO, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão PROFESSORA, residente e domiciliado à Rua DR. JOÃO THOMAS nº 1120, bairro CENTRO, Município de CAMOCIM, Estado de (o) CEARA, CEP 62400000 portador(a) do RG nº 20162039322 SSP/CE e CPF 31050123387

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) MARIA DA SILVA PEREIRA ocorrido em 30/11/16, conforme registrado pelo B.O anexo no 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 de 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.

CAMOCIM-CE 06 de Março de 2017



Maria da Silva Pereira

Outorgante

CPF nº 67507018334

OBS: Reconhercer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



RECONHECO ser(em) () Semelhante(s)
() Autêntica(s) (s) Firmar(s) de
<u>Maria da Silva Pereira</u>
Doc. Fe. Camocim(CE) aos <u>06</u> de <u>MAR</u> de <u>2017</u>
<u>[Assinatura]</u>
☐ Selo Luzinete Moreira de Castro Guilhon-Tabelão ☐ Alberto Gilhon de Castro Guilhon-Substituto ☐ Andreia Gelliez Saboia - Escrevente Substituto VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

AG 00715-3
0581634-8

310.801.233-87

REGINA M. DE J. OLIVEIRA

02/07/1984

DOCUMENTO 3 *T3%



UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL E PROTEÇÃO À FAMÍLIA
FUNDAÇÃO DE PROTEÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ

Polícia Dretal

Carteira de Identidade

Handwritten signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 2016203932 - 2 DATA DE EMISSÃO 26/07/2016

NOME
LIDUINA MACÊDO LOPES LUCIO

PAIS
JOSÉ OSMAR LOPES

MARIA MALISMAR MACÊDO LOPES

NACIONALIDADE
CANOTIN - CE DATA DO NASCIMENTO
02/07/1964

DOC. ORIGINAL
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 754 FOLHA: 30 LIVRO: 8
84 CANOTIN - CE

CM
RG: ANT: 85758485
P: 79

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - CE		Nº 012636681940	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		2016	
CRDD	01 1103961362	0000900900	2016
BENEDITA ALVES FERREIRA			
CAMOCIM/CE			
02044035375	9C2JB0100GR039216	POH6870	
PAS/MOTOCICLO/MNO APPLIC			
GASOLINA			
HONDA/POP 1101			
2E/0CV/109CC			
PARTIC			
VERMELHA			
00/00/9999			
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND			
A LTDA			
CAMOCIM			
07/12/2016			

CE Nº 012636681940		SILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016		2016	
ESTE É O SEU SILHETE DO SEGURO DPVAT			
PAR MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsseguradotransito.com.br			
SAC DPVAT 030 028 1204			
01	02044035375	POH6870	
HONDA/POP 1101			
2E/0CV/109CC			
PARTIC			
VERMELHA			
00/00/9999			
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND			
A LTDA			
CAMOCIM			
07/12/2016			

30 MAR 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, BENEDITA ALVES PEREIRA
RG nº 2003035084219, data de expedição 02/09/2003
Órgão SSP, portador do CPF nº 020.440.353.76, com
domicílio na cidade de CAMOCIM, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. NOSSA SRA. DAS GRACAS, nº 822
complemento COFA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, cujo o condutor era
JOÃO BATISTA LOPES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA POP 110 I
Ano: 2015
Placa: POH 6870
Chassi: 9C2 JB 0100 GR 039216
Data do Acidente: 30.11.16
Local e Data: Camocim-CE, 26/01/2017

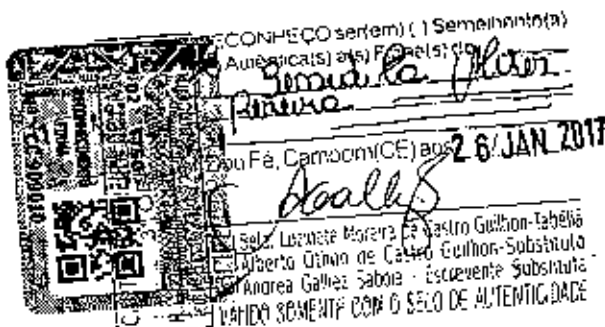
DOCUMENTO 5 *T5*



Benedita
Benedita Alves Pereira
Assinatura do Declarante

João
João Batista Lopes de Oliveira

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



UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

(Reconhecer firma autêntica)

DADOS PESSOAIS

CNS: 898-6030-0517-7078
NOME: Pedro Henrique da Silva Pereira IDADE: 9 anos
NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira
NOME DO PAI: Antonio de Jesus Pereira
DATA DE NASCIMENTO: 07/02/07 NATURALIDADE: Camacim
ENDEREÇO: R. D. Raimundo de Jesus Nº 67
BAIRRO: Pracaria CIDADE: Camacim ESTADO: CE PROFISSÃO: _____
Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ATENDIMENTO

() ADULTO ☒ PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () OBSTÉTRICO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
() NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
() NÃO TINHA MÉDICO
() NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
() POSTO ESTAVA FECHADO
NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
() É LONGE DE CASA
() NUNCA TEM MÉDICO
() TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
() UBS () CARRO
() UPA () DEAMBULANDO
() OUTRAS AMBULÂNCIAS
() MOTO, BICICLETA

Luiz
ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HDA DO ACOLHIMENTO:

☐ HORÁ DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PA: _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
() CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE? _____

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUIMICOFARMACEUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ALCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
() ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
() PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

UNIÃO SEGURADORA
30 MAR 2017

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____
HDA DO MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO:
CONDUTA:

Indeferido

Indeferido

Indeferido

Alta para com ASS. MÉDICO - CRM 11017
com o objetivo de fazer o exame dos ossos da
perna (E) com o objetivo de fazer o exame dos ossos da
perna (E) com o objetivo de fazer o exame dos ossos da

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLOGICO
() CIRURGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

DESTINO DE ATENDIMENTO:

- CONSULTA
() COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRURGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRURGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____ HORA: _____

Elisabeth da Silva Pereira



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4694662 | Paciente: 644484 - HERRIQUE DA SILVA PEREIRA
Data e Hora do Acolhimento: 30/11/2016 22:48:06

TIPO DE ACOLHIMENTO: PEDIÁTRICO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA + LESÃO NO MIE CONSCIENTE EM
ALERTA CRIANÇA TRANSFERIDA DO HGN

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, N° Pulso: , N° Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elettrico

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura:

☒ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

VIA PUBLICA

História da Doença Atual:

atropelamento por moto lesao no mie

Exame Físico:

a=b=c=d=ok

Destino do Atendimento: ALTA

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

SELI MATSUI - CRM : 6850

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro



RELATÓRIO MÉDICO

Nome HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
Data de Nasc: 01/02/2007
Endereço: RUA DR. RAIMUNDO VERAS
Cidade: CAMOCIM

Prontuário: 134279
Idade 9 ano(s) 9 mes(es) e 29 dia(s)
CEP: 62400-000 Bairro: BRASILIA
UF: CEARÁ Sexo: Masculino

Resumo Clínico:

FRATURA EXPOSTA DE MIE POR ACIDENTE DE MOTO(ATROPELAMENTO) HA 3 H. NEGA SINAIS DE HIC.
FEITO CURATIVO COMPRESSIVO, COM SAGRAMENTO ABUNDANTE.
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
EGR, CORADO, HIDRATADO, ATIVO E EUPNEICO FC: 112BPM
AC: RCR, 2T (BNF), S/S
AP: MV+, SEM RA
ABDOMEN: INOCENTE
EXT: FRAURA EXPOSTA EM PERNA
AUSENCIA DE SINAIS FOCAIS OU MENINGEOS

Exames Realizados:

RX

Terapêutica Utilizada:

CETOPROFENO

Hipótese Diagnóstica

FRATURA EXPOSTA EM PERNA

Hospital de Referência:

SMSC- AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA

Observações

URGÊNCIA - FRATURA EXPOSTA
TRANSPORTE BASICO

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

Médico:

SARA BEZERRA FIGUEIREDO 14029CRM

30/11/2016 21:10

Rua Presidente Getúlio, 419, Junco - CEP: 62303-340 - Sobral - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página

Data

Hora

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 300721

Paciente : 644484

Convênio Atend. : 1

Leito : 1513

Dt. Início : 01/12/2016 00:32

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório : S821

Sala : 0004

SALA 04

HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

SUS - SIH

LEITO EXTRA- RECUPERACAO

Dt. Fim : 01/12/2016 01:33

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 4694667

Carteira :

Idade : 9 Anos 1 Hora

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

CIRURGIAO

1. AUXILIAR

8349 JOSE WALTER DE ARAUJO NETO

2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

8892 JOÃO PAULO TAVARES LINHARES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

- ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS

- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS

- VISUALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAU I

- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TÊCIDOS DESVITALIZADOS

- REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA

- SUTURA MINIMA DA PELE

- CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. João Paulo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril
CRMCE: 8892 TEOT: 12381

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dr. Audy Rocha de Oliveira
Cirurgião
CPF 320.742.882-73
DR(A): AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 644484
 Paciente...: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA
 Sexo...: MASCULINO
 Dt. Nasc...: 1/2/2007
 Mãe...: MARIA DA SILVA PEREIRA
 Pai...: ANTONIO DE JESUS PEREIRA
 E. Civil...: SOLTEIRO
 Endereço...: RUA DR RAIMUNDO VERAS
 Bairro...: BRASILIA
 Cidade...: CAMOCIM
 Fone...: 994487712
 CPF...:
 Idade...: 9a 9m 30d
 Cor...: PARDA
 CNS...: 898003005177078
 Nº...: 61
 CEP...: 62400-000
 UF...: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
 Endereço...:
 Documento...:
 Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4694667
 Data...: 30/11/2016
 Procedimento...: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
 Médico...: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
 Unidade Int...: UI SALA DE RECUPERAÇÃO
 Leito...: LEITO EXTRA- RECUPERAÇÃO
 Convenio...: SUS - SIII
 Plano...: 1
 Carteira...:
 N. Guia...:
 Atendente...: KLISMAN LINO
 Hora...: 23:39
 Permanência...: 3 Dias

Santa Casa de M. de Sobral
 SANE
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andréia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 Emitido por: MARIA CARMO
 Data de emissão: 03/12/2016 20:53

Atendimento: 4694667 Dt. Atendimento: 30/11/2016 - 23:39

Data Alta: 03/12/2016 Hora Alta: 20:47

Paciente...: 644484 HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

UNIÃO SEGURADORA
 30 MAR 2017

Serviço: 22 TRAUMATO-ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS SIII
 Leito...: 198 LEITO 1971 - FACILITAC Plano...: 1 SUS - GEN

Motivo Alta: 3 ALTA MELHORADA
 CID: 8821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO TIBIA

Procedimento de Alta: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Observações de Alta:

HENRIQUE DA SILVA P...

Santa Casa de Sobral

ID: 644484

2016/12/01

Sex: M

PERNA

5101

2965

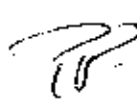
829

Instance Number : 1

Im 1/2

Zoom: 100%

W 4273/ C 2965



Santa Casa de M. de Sobral

SAME

CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela

COORDENADORA

UNIÃO SEGURADORA

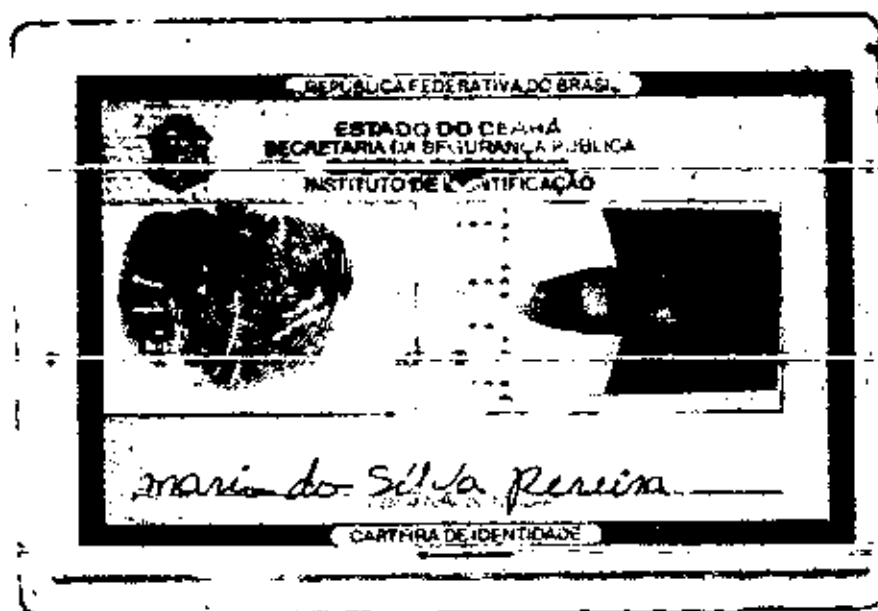
30 MAR 2017

DOCUMENTO 3 *T3%*



UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2000098109473 DATA DE EMISSÃO: 18/12/2006

NOME: MARIA DA SILVA PEREIRA

FILIAÇÃO: BENEDITO GOMES DA SILVA E MARIA PEREIRA DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA DATA DE NASCIMENTO: 24/2/1969

DOC. ORIGEM CERT. CASAM 2319 1 3 9 6

189 V CAMOIM/CE

CPF: 269423793

ASSINATURA DO DIRETOR

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DA SILVA PEREIRA

RG nº 2000098138433, data de expedição 18/12/00, Órgão SSA CE,

CPF nº 67507048334, 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>R. DR. NIMUNDO VERNAS</u>
Número	<u>64</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BRASILIA</u>
Cidade	<u>CAMOCIM</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62400 000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99049064 - 93331195</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMOCIM 14.03.17

Assinatura do Declarante: Maria da Silva Pereira

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CARACIM - SAAE
CANTARINA MUNICIPAL - LRS Nº 0027823
CNPJ: 07.068.183/0001-49 - INSC. EST: 06.367.000-3
RUA Dr. João Thomaz, 1103 - Centro - Caracim - CE
www.saae-caracim.com.br

CHAVE DE ACESSO

1756-0

-1: 01

COM

CONSUMO

A98X095839

03/2017

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIO DE JESUS PEREIRA
RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61 910
BRASILIA CANOCIM CE
CEP: 62.400-000

LOCALIZAÇÃO
00.00.02.000870

SERVIÇOS E TARIFAS

COD.	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
00001	Tarifa de Água		9,12
10005	MULTA REF. JAN/17-DEZ/16-		0,36
10006	MORA REF. JAN/17-DEZ/16-		0,17

HIDROMETRIA	CONSUMO OCOR.	DIAS
ANTERIOR 427	6	29
ATUAL 433	00	
DT: 01/02/17	DT: 02/03/17	PRÓX. LEITURA: 31/03/17
PROPOSTA	TOTAL ANALISE	VALOR MÊS
CLORO ppm 2,00	0	0,00
COR UH 15,00	0	0,00
COLIFORME 0,00	0	0,00
FLUOR mg/l 1,50	0	0,00
PH 6,68	0	0,00
TURBIDEZ NT 0,38	0	0,00

ULTIMOS CONSUMOS	MES	CONS. DIAS
	Fev/17	7 30
	Jan/17	6 30
	Dez/16	5 30
	Nov/16	6 30
	Out/16	8 30
	Set/16	7 30
	MEDIA: 6 m3	
	01/03/17 a 31/03/17	

RESERVATÓRIO 01-ÁREA DE CAPTAÇÃO

MENSAGENS
DICA DE ECONOMIA: REUTILIZE A ÁGUA SEMPRE QUE POSSÍVEL. DEPOIS QUE USADA PARA ALMOO PODE SER USADA PARA LAVAR CALÇADAS, POR EXEMPLO. CONTATOS: Fone: (88) 3621.1515 Site: www.saaedec-caracim.com.

CONSTA DÉBITOS ANTERIORES

FATURA 17031756 VENCIMENTO 27/03/2017 VALOR R\$ 9,65

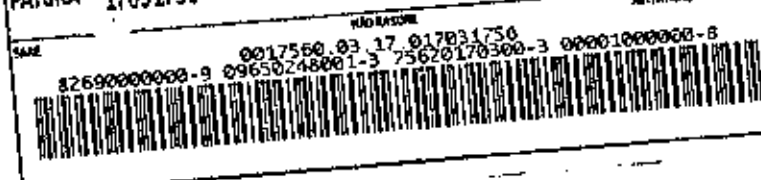
CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO
INFORMAMOS EXISTIR DÉBITO (S) VENCIDOS SEM ACRESCIMO LEGAIS ATÉ ESTA DATA, NO VALOR DE R\$ 9,12. SEU FORNECIMENTO DE ÁGUA PODERÁ SER SUSPENSO EM ATÉ 60 DIAS CONTADOS A PARTIR DA DATA VENCIDA E NÃO PAGA.

SAAE - SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CARACIM - SAAE
CANTARINA MUNICIPAL - LRS Nº 0027823
CNPJ: 07.068.183/0001-49 - INSC. EST: 06.367.000-3
RUA DR. JOÃO THOMAZ, 1103 - CENTRO - CARACIM - CE
www.saae-caracim.com.br

03/2017

FATURA 17031756 VENCIMENTO 27/03/2017 VALOR R\$ 9,65



UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

Pelo exposto, eu Arduina Mauro Lopes Lencio, portador(a) do

RG nº 20162039322, expedido por SSA CE, em

26/07/16, CPF/CNPJ nº 31050123382,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Hernique da Silva Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Hernique da Silva Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

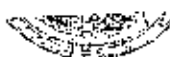
Documentos comprobatórios: Recurso

Arduina M. L. Lencio
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

UNIÃO SEGURADORA
30 MAR 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DOCUMENTO 2 "T296"



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará
COMARCA DE Barroquinha
MUNICÍPIO DE Barroquinha
DISTRITO DE Bitupitá



Mônica Linhares de Oliveira
Oficial(a) do Registro Civil

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 021 do Livro A - 13, sob o n.º de ordem 6.242 foi lavrado o assento de nascimento de Henrique da Silva Pereira do sexo Masculino nascido no dia 01 (primeiro) de Fevereiro de 2.007 (dois mil e sete) às 16 horas e 50 minutos, em Camocim - Ceará filho de Antonio de Jesus Pereira e de Dona Maria da Silva Pereira sendo avós paternos Francisco das Chagas Pereira e Dona Maria Venancio Pereira e avós maternos Benedito Gomes da Silva e Dona Maria Pereira da Silva. O assento foi lavrado em 23 de Fevereiro de 2.007 tendo sido declarante O pai do registrado. E serviram de testemunhas Lucilda Ivo da Silva e Terezinha de Jesus Pinto. Observações: Registro feito de acordo com a Lei dos Registros Públicos em vigor. (Não contém rasura).

O referido é verdade e dou fé.

Bitupitá - Barroquinha - Ceará, 23 de Fevereiro de 2.007

Oficial(a)

ATO DECLARATÓRIO



FICHA DE ACOLHIMENTO

DATA: 30/11/16 HORA: 17:25

DADOS PESSOAIS

CNS: 898-6030-0517-7078
 NOME: Henrique da Silva Pereira IDADE: 9 Anos
 NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira
 NOME DO PAI: Antonio de Jesus Pereira
 DATA DE NASCIMENTO: 07/02/07 NATURALIDADE: Romão
 ENDEREÇO: R. N. Raimundo de Jesus Nº 61
 BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Romão ESTADO: CE PROFISSÃO:
 Nº DO PRONTUÁRIO:

ATENDIMENTO

() ADULTO (x) PEDIÁTRICO () ORTOPEDIA () CLÍNICA () CIRÚRGICO () ORSTEIÇÃO

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM () CAUSAS: () ENCAMINHADO
 () NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
 () NÃO TINHA MÉDICO
 () NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
 () POSTO ESTAVA FECHADO
 NÃO () CAUSAS: () NÃO É EFICIENTE
 () É LONGE DE CASA
 () NUNCA TEM MÉDICO
 () TEM PLANO DE SAÚDE

() TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL: () SAMU
 () UBS () CARRO
 () UPA () DEAMBULANDO
 () OUTRAS AMBULÂNCIAS
 () MOTO, BICICLETA

ASS. DO RECEPCIONISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 HDA DO ACOLHIMENTO:

HORÁ DA CLASSIFICAÇÃO:

DOCUMENTO 3 *T3*



PA: / PULSO: FR: TEMP: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

() ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS () ACIDENTE POR ARMA DE FOGO () AFOGAMENTO
 () CHOQUE ELÉTRICO () QUEDA DE ONDE?

INGESTÃO ACIDENTAL:

() CORPO ESTRANHO () PRODUTO QUÍMICO/FARMACÊUTICO

QUEIMADURAS:

() 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU POR: () ÁGUA () ÓLEO () ALCOOL () ELÉTRICO

ATROPELAMENTO:

() CARRO () MOTO () BICICLETA () OUTROS
 CARRO: () COM CINTO () SEM CINTO MOTO: () COM CAPACETE () SEM CAPACETE

MORDEDURAS DE ANIMAIS:

() DOMÉSTICO () SELVAGEM () OFÍDICO () OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

() DOMICÍLIO () VIA PÚBLICA () ESCOLA () OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

() TCE () ABDOMINAL () TORÁCICO () ORTOPÉDICO () POLITRAUMA
 () ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA SEXUAL
 () PAI () MÃE () OUTROS () PAI () MÃE () OUTROS

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

FICHA DE ACOLHIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA: _____

ASS. MÉDICO - CRM _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- () CLÍNICO () CARDIOLÓGICO () NEUROLÓGICO () OFTALMOLÓGICO
() CIRÚRGICO () TRAUMAT. ORTOPÉDICO () OTORRINO () ODONTOLÓGICO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO () OUTROS

DESTINO DE ATENDIMENTO:

CONSULTA

- () COM MEDICAÇÃO
() SEM MEDICAÇÃO

INTERNAÇÃO

- () CLÍNICA () CIRÚRGICA
() TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- () INTERNADO () CLÍNICO () CIRÚRGICO
() ALTA
() TRANSFERÊNCIA () HOSPITAL DE ORIGEM () OUTROS

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____ HORA: ____

Exatidão da Sina Parada

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº 10780930

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170187223 ASL-0127747/17
Vitima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº 10780930

A/C: MARIA DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170187223 ASL-0127747/17
Vitima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº 10781102

A/C: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170187223 ASL-0127747/17
Vitima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº 10781102

A/C: HENRIQUE DA SILVA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170187223 ASL-0127747/17
Vitima: henrique da silva pereira
Data Acidente: 30/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



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, MARIA DA SILVA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2000098438473 EXPEDIDO POR SSA CE EM 18/12/00 ECPF 075070483-34 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO REVUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ REVUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0745 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19275-1

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

CAMPUS, 18 de MARÇO de 2017

LOCAL E DATA

Maria da Silva Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMOCIM

DATA: 31/01/2017

HORA: 14:16:11

TERMINAL: 07451785

CONTROLE: 074517850610

AGÊNCIA: 0745 - CAMOCIM

CONTA : 013.00019275-1

CLIENTE: MARIA DA SILVA PEREIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
27/01	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
27/01	213,94

RESUMO EM 30/01

SALDO 163,94

RESUMO DO DIA 0,00

SALDO BLOQUEADO 163,94C

SALDO DISPONIVEL 163,94C

SALDO TOTAL 163,94C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

37:158 V004

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br
0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474
Reclamações, Sugestões e elogios, Atendimento ao cliente com deficiência auditiva ou de fala Ouvidoria

Espaço reservado para o encaminhamento do número da conta

0745.013.19275-1

UNIÃO SEGURADORA

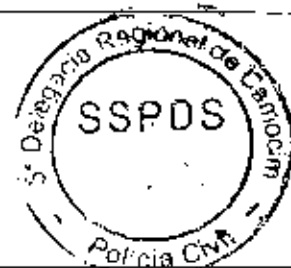
3.0 MAR 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 859 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2017 15:46:54**
Data / Hora da Ocorrência: **30/11/2016 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS**
Complemento:
Bairro: **BRASÍLIA** Município: **CAMOCIM/CE**
Ponto de Referência: **PROX. COMÉRCIO CASA BRANCA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HENRIQUE DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **01/02/2007** CPF: **621.854.283-14**
RG: **20151204467** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
ANTÔNIO DE JESUS PEREIRA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61**
Bairro: **BRASÍLIA** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99944-8772**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA DA SILVA PEREIRA**
Nascimento: **24/02/1969** CPF: **675.070.183-34** **UNIÃO SEGURADORA**
RG: **2000098138473** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PEREIRA DA SILVA**
BENEDITO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA DR. RAIMUNDO VERAS, 61**
Bairro: **BRASÍLIA** CEP:
Município: **CAMOCIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9944-8772**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH6870** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:
9C2JB0100GR039216 Renavam: **1103961362** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação:
2015 Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **BENEDITA ALVES PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

COMPARECEU À ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA SILVA PEREIRA, COMUNICANDO QUE SEU FILHO DE NOME HENRIQUE DA SILVA PEREIRA, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DE SUA CASA, QUANDO FORA COLHIDO PELA MOTOCICLETA HONDA POP 110T, DE COR VERMELHA, PLACAS POH6870, REGISTRADA EM NOME DE BENEDITA ALVES PEREIRA, TENDO SEU FILHO SE ACIDENTADO NO LOCAL. AFIRMA QUE A MOTO ERA CONDUZIDA POR JOÃO BATISTA LOPES DE OLIVEIRA RG Nº 20073790405 CPF Nº 06411815313, O QUAL PERMANECEU NO LOCAL, ENQUANTO SEU FILHO ERA SOCORRIDO AO HOSPITAL MURILO AGUIAR, ONDE DEU ENTRADA COM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA, SENDO, DE IMEDIATO, TRANSFERIDO À SOBRAL. AFIRMA QUE O

x maria da silva pereira

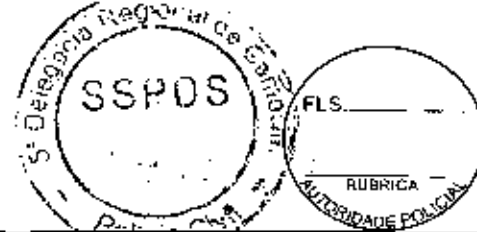


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 859 / 2017

REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML E CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHAS FRANCISCO LEANDRO DOS SANTOS RG Nº 125000547 CPF Nº 05435158770 E DIVA MARQUES DE SOUSA RG Nº 2002021043563 CPF Nº 01567617344. SALIENTA QUE NÃO DESEJA PROCESSAR CRIMINALMENTE O CONDUTOR DA MOTO ACIMA MENCIONADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Maria da Silva pereira

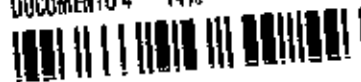
VISTO DO DELEGADO(A) :

HERBERT PONTE E SILVA - MAT.: 014672-1-2

X Henrique da Silva pereira

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017



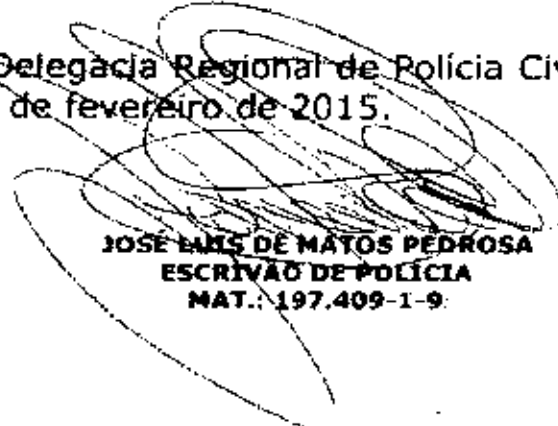
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL POLÍCIA CIVIL
CAMOCIM - CEARÁ

CERTIDÃO

JOSÉ LUIS DE MATOS PEDROSA, Escrivão de Polícia civil, matrícula nº 197.409-1-9, com exercício funcional nesta Delegacia Regional de Polícia de Camocim-CE, no uso de suas atribuições legais...

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada e para os devidos efeitos e fins legais, que esta 5ª. Delegacia Regional de Polícia Civil, sediada na cidade de Camocim-CE, circunscrição que compreendem os municípios de CHAVAL, BARROQUINHA, CAMOCIM, GRANJA, MARTINÓPOLE, URUOCA e SENADOR SÁ, não dispõe de Instituto Médico Legal-IML, ficando os EXAMES DE CORPO DE DELITOS a cargo do IML de Sobral-Ce. Também CERTIFICA que nesta circunscrição policial não há SAMU, CORPO DE BOMBEIROS e "ANJOS DO ASFALTO". Dou fé.

Cartório da 5ª Delegacia Regional de Polícia Civil em Camocim-CE, quinta-feira, 26 de fevereiro de 2015.


JOSE LUIS DE MATOS PEDROSA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT.: 197.409-1-9


INTERESSADO

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DA SILVA PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 2000098138423 e inscrito no CPF/MF sob o nº 67507048334, residente e domiciliado na R. DR. MIMUNDO VENOS, Cidade CAMOCIM, Estado CEARA, 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.

Maria da Silva Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAMOCIM 14.03.17

Local e data

UNIÃO SEGURADORA

30 MAR 2017