

---

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11268332

A/C: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170359596 ASL-0247996/17

**Vitima:** LUCAS DO CARMO BENTO

**Data Acidente:** 03/11/2016

**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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

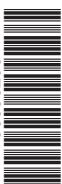
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11277536

A/C: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

**Sinistro:** 3170359596 ASL-0247996/17  
**Vítima:** LUCAS DO CARMO BENTO  
**Data Acidente:** 03/11/2016  
**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.

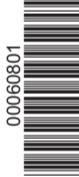
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11380065

A/C: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

**Sinistro:** 3170359596 ASL-0247996/17  
**Vítima:** LUCAS DO CARMO BENTO  
**Data Acidente:** 03/11/2016  
**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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta n°: 11498842

A/C: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

Sinistro: 3170359596 ASL-0247996/17  
Vitima: LUCAS DO CARMO BENTO  
Data Acidente: 03/11/2016  
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: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 00000026076-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Autorização de pagamento



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Lauzineide do Carmo AlvesPORTADOR(A) DO RG Nº 2007021004283EXPEDIDO POR SSP/leEM 22/03/2007

CPF 041046413-80 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Agricultora.  
E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lauzineide do Carmo Bento, 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 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](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT05 DEZ 2016Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVATAv. Dom Luís, 300 - Loja 147CEP 01020-002 - São Paulo - SP

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 026076-3

## 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) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 026076-3

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.

Lauzineide do Carmo Alves

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

**CAIXA Lote**

ATRA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0121

OUVIDORIA 0800 725 7474

OUVIDORIA 0800 725 7474

321-730585602-0

**CAIXA Loterias**

16/NOV/2016

HORA DF 11:32:27

DT: 05.14947-4

TERM: 012386

LOCALIZAÇÃO: QUIXERAMOBIM

U. VINCULADA: 2843 CONTROLE: 574526929

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2843 013 89026076-3

LUZINEIDE DO CARMO ALVES

VALOR

0000

**Loterias**

Avia

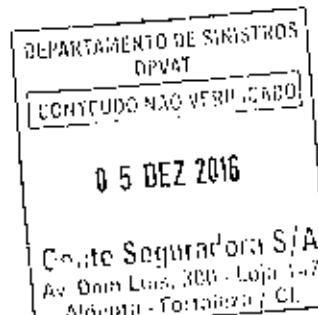
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

321-730585602-0

**CAIXA Loterias**

**CAIXA Loterias**

**CAIXA**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Comprovante de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Luzineide da Cunha Oliveira,PORTADORA(A) DO RG Nº 2001001084283EXPEDIDO POR S.S.P.I.E.C.EM 22/03/2007CPF 041.046.313-80 /NPI 000000000000000PROFISSÃO Consultora

E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luzineide da Cunha Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas 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 ao ACORDO DE PAGAMENTO DE SINISTROS DPVAT, devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário 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 operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POLUPANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 10.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta: neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório das contas bancárias;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiária.

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2342 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 026.046-3

## PARA CRÉDITO EM CONTA POLUPANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2342 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 026.046-3

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

Assinatura: Luzineide da Cunha Oliveira / 15 de Setembro de 2016.

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





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

— SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Lourenço de Oliveira GóisPORTADOR(A) DO RG N° 2003.02.1004.213EXPEDIDO POR SP106EM 22/03/2016

CPF 041.046.003-00 / CNPJ 00000000000000000000. PROFISSÃO Gombeiro  
E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lourenço de Oliveira Góis, da Portaria Portaria, 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 traz da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas na pagamento da indenização. Fazem parte desse cadastro, 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 à MOVIMENTAÇÃO DE SINISTROS devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, INSS/FGTS, INSS/INSS/FGTS/Previdência Social;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou FCTA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, stanção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operado 003 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operado 0193 da CEF (aberta em Unidade Letradas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 100,00);
- Conta abusada, inativa ou em proposta (neste momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta);
- Comprovatório das dívidas bancárias;
- CPF do beneficiário/vítima titulares ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site de RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

05 DEZ 2016

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem as dívidas bancárias com imagem digitalizada/câmera colorida, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (RODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígitos, se existir) 2843

Nº da CONTA (com dígitos, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígitos, se existir) 2843 Nº da CONTA (com dígitos, se existir) 026036-3

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 COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

Ano mês dia de 2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o tabelão de seguro previsto na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Caixa Loterias**

BANCA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800-725-0181  
DIFIDONIA 0800-725-7474  
OLIVINORIA 0800-725-7474

321-73858582-0

16/10/2010 HORA DE: 11:32:27

LOTE: 05\_14947-4 VENDA: 0123000000  
LOCALIDADE: QUIXERAMOBIM CONTROLE: 524528920  
ANO: VINCULADA: 2843

DEPOSITO EM DINHEIRO

2843 813 00026876-3

LUCINEIDE DO CARMO ALVES

ESTE RECURSO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

321-73858582-0

1 VIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3687 / 2016

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **22/11/2016 15:50:09**

Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2016 08:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro: **QUIXERAMOBIM/CE**

Ponto de Referência: **DEPOIS DO DERT**



*Dados da(s) Vítima(s)*

**372122**

Nome: **LUCAS DO CARMO BENTO**

Nascimento: **02/03/2007** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação:

**JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO**

Endereço: **RUA MARIA JOSÉ COUTINHO, 683**

Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**

CEP:

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99448-7724**

### Noticiante(s)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**05 DEZ 2016** UF:

Cente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - Loja 107

CEP

Fortaleza - CE

Nome: **LUZINEIDE DO CARMO ALVES**

Nascimento: **29/12/1988** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

Filiação: **ANTONIA TORCATA DO CARMO ALVES**

**JOSE AUGUSTO ALVES**

Endereço: **RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**

Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99448-7724**

### Dados da(s) Veículo(s)

1} Placa: **NPQ9560** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9BGSA1910AB154106** Renavam: **171605942** Tipo do Veículo:

**AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação:

**2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**

Proprietário: **CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### Histórico

QUE informa a noticiante que na data, hora e local supracitados seu filho **LUCAS DO CARMO BENTO** foi atropelado por **CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA** quando a referida ultrapassava um caminhão; QUE **LUCAS** atravessou sem observar; QUE após o atropelamento, mesmo com uma lesão na cabeça, **LUCAS** conseguiu correr até sua casa, vindo a desmaiar quando lá chegou; QUE a motorista quis socorrer a vítima, porém não foi possível pois seu carro havia perdido o controle e colidido em uma barreira; QUE **LUCAS** foi socorrido pela noticiante e **CARLA CRISTINA** prestou assistência no hospital; QUE foi levado para o Hospital Dr. Pontes Neto, dando entrada às 08:14h do dia 03/11/2016 apresentando trauma corto contuso em região parental esquerda do crânio, conforme prontuário médico; QUE foi atendido



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3687 / 2016**

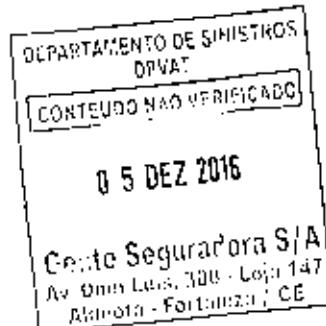
pelo médico Ramiro Rolim, CREMEC: 17781; QUE aproximadamente às 12h do mesmo dia LUCAS foi transferido para o Instituto Dr. José Frota - IJF, em Fortaleza para concluir tratamento; QUE nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** Graziely Alves  
**GRAZIELY PIMENTEL MESQUITA - MAT.: 300657-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Luzinete do Carmo Alves

**VISTO DO DELEGADO(A) :** Salviano de Pádua Saldanha Freire  
**SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7**





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536-3687 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **22/11/2016 15:50:09**  
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2016 08:00:00**  
Endereço da Ocorrência:  
Complemento:  
Bairro: **QUIXERAMOBIM** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
Ponto de Referência: **DEPOIS DO DERT**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUCAS DO CARMO BENTO** 377.122  
Nascimento: **02/03/2007** CPF: 0050432114  
RG: Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO** 3357-33  
Endereço: **RUA MARIA JOSÉ COUTINHO, 683**  
Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**  
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
País: **BRASIL** CEP:  
Telefone: **(88) 99448-7724**

**Noticiante(s)**

Nome: <b>LUZINEIDE DO CARMO ALVES</b> Nascimento: <b>29/12/1988</b> CPF: RG: Orgão Emissor: Filiação: <b>ANTONIA TORCATA DO CARMO ALVES</b> <b>JOSE AUGUSTO ALVES</b> Endereço: <b>RUA MARIA JOSÉ COUTINHO, 683</b> Bairro: <b>CONJUNTO ESPERANÇA</b> Município: <b>QUIXERAMOBIM/CE</b> País: <b>BRASIL</b>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS UPVAT <b>CONTEUDO NAO VERIFICADO</b> 05 DEZ 2016 UF: Centro Segurança S/A Av. Dom Luiz 100 - Lote 147 CEP 60130 - Fortaleza - CE
---	--

Telefone: **(88) 99448-7724**

**Dados da(s) Veículo(s)**

I) Placa: **NPQ9560** UF: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGSA1910AB154106** Renavam: **171605942** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

QUE informa a noticiante que na data, hora e local supracitados seu filho LUCAS DO CARMO BENTO foi atropelado por CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA quando a referida ultrapassava um caminhão; QUE LUCAS atravessou sem observar; QUE após o atropelamento, mesmo com uma lesão na cabeça, LUCAS conseguiu correr até sua casa, vindo a desmaiar quando lá chegou; QUE a motorista quis socorrer a vítima, porém não foi possível pois seu carro havia perdido o controle e colidido em uma barreira; QUE LUCAS foi socorrido pela noticiante e CARLA CRISTINA prestou assistência no hospital; QUE foi levado para o Hospital Dr. Pontes Neto, dando entrada às 08:14h do dia 03/11/2016 apresentando trauma corto contuso em região parental esquerda do crânio, conforme prontuário médico; QUE foi atendido



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3687 / 2016

peço médico Ramiro Rolim, CREMEC: 17781; QUE aproximadamente às 12h do mesmo dia LUCAS foi transferido para o Instituto Dr. José Frota - IJF, em Fortaleza para concluir tratamento; QUE nada mais disse.

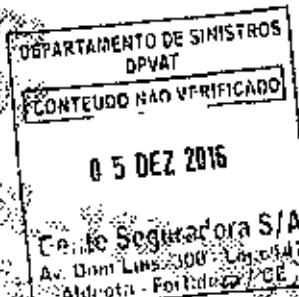
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Graziely Pimentel Mesquita  
GRAZIELY PIMENTEL MESQUITA - MAT.: 300657-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luzinete do Carmo Alves

VISTO DO DELEGADO(A):

SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



Cel. de Segurança S/A  
Av. Dom Lins 300 - Centro  
Aldroton - Fortaleza - CE



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

Governo do Estado do Ceará  
 Secretaria de Segurança Pública e  
 Defesa Social - SSPDS  
 Departamento de Polícia do Interior  
 12º RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE  
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ  
 Fone: (88) 3441-6102

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3687 / 2016



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **22/11/2016 15:50:09**

Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2016 08:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**

Ponto de Referência: **DEPOIS DO DERT**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**322122**

Nome: **LUCAS DO CARMO BENTO**

Nascimento: **02/03/2007** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação:

**JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO**

Endereço: **RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**

Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**

País: **BRASIL**

**0206192117**

**362887**

CEP:

**370273**

Telefone: **(88) 99448-7724**

**Noticiante(s)**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016 UF:

Centro de Segurança Pública S/A

Av. Dom José, 300 - Lote 147

CEP 60130-000 - FORTALEZA/CE

Nome: **LUZINEIDE DO CARMO ALVES**

Nascimento: **29/12/1988** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **ANTONIA TORCATA DO CARMO ALVES**

**JOSE AUGUSTO ALVES**

Endereço: **RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**

Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**

Município: **QUIXERAMOBIM/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99448-7724**

**Dados da(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NPQ9560** UF: CE Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9BGSA1910AB154106** Renavam: **171605942** Tipo do Veículo:

**AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação:

**2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**

Proprietário: **CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

QUE informa a noticiante que na data, hora e local supracitados seu filho **LUCAS DO CARMO BENTO** foi atropelado por **CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA** quando a referida ultrapassava um caminhão; QUE LUCAS atravessou sem observar; QUE após o atropelamento, mesmo com uma lesão na cabeça, LUCAS conseguiu correr até sua casa, vindo a desmaiar quando lá chegou; QUE a motorista quis socorrer a vítima, porém não foi possível pois seu carro havia perdido o controle e colidido em uma barreira; QUE LUCAS foi socorrido pela noticiante e CARLA CRISTINA prestou assistência no hospital; QUE foi levado para o Hospital Dr. Pontes Neto, dando entrada às 08:14H do dia 03/11/2016 apresentando trauma corto contuso em região parental esquerda do crânio, conforme prontuário médico; QUE foi atendido



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3687 / 2016

pelo médico Ramiro Rolim, CREMEC: 17781, QUE aproximadamente às 12h do mesmo dia LUCAS foi transferido para o Instituto Dr. José Frota - IJF em Fortaleza para concluir tratamento; QUE nada mais disse.

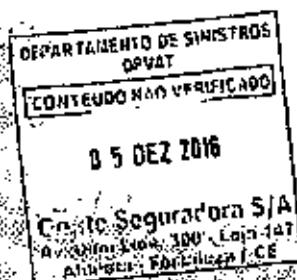
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Graziely Pimentel Mesquita*  
GRAZIELY PIMENTEL MESQUITA - MAT.: 300657-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Luzinide do carmo Alves*

VISTO DO DELEGADO(A):

*Salviano de Padua Salданha Freire* - MAT.: 012699-1-7





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Louzineide do Carmo Alves, portador da carteira de identidade nº 2007021004283 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.046.713-80, residente e domiciliado na Rua Maria Jose Lautinho, Cidade Aguiraré-Mirim, Estado Ceará, 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.

Louzineide do Carmo Alves

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Aguiraré-Mirim-CE, 25/11/2016

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aldrová - Fortaleza / CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Guilherme do Carmo Alves, portador da carteira de identidade nº 2007021004213 e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.046.413-80, residente e domiciliado na Rua Maria Jose Ladeira, Cidade Aldeota, Estado Ceará, 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:

(X) 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.

Guilherme do Carmo Alves  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Lote 147 Aldeota - Fortaleza / CE

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**



"0004"

Eu, Luzinete de Carvalho Chieró, portador da carteira de identidade nº 2003023.004.653 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041-046-313-80, residente e domiciliado na Rua Maria Jose Lachinio, Cidade Munim, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitada 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:

- (X) 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 Lider 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 disconcorde do seu conteúdo.

Luzinete de Carvalho Chieró

Assinatura da declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

Aquinomirim - 25/11/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05-DEZ-2016
C. de Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Cj. 117 Aquiraz - Fortaleza / CE



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

03.01.06.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/11/16

HORARIO: 08:14

ATENDIMENTO N° 24

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Lucas do Nascimento

SEXO: Masculino

DATA NASCIMENTO:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

MÃE: Lucinha do Nascimento

NATURALIDADE: Olinda

PROFISSÃO: Estudante

ENDEREÇO: R. 10 de Setembro, 688 BAIRRO: Centro

CIDADE: Olinda

ESTADO: PE

CEP: 53.000-000

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

*T. Lucas do Nascimento*

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: \_\_\_\_\_ mmhg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;	<input type="checkbox"/> Cefaleia subita ou rapidamente progressiva;	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; Pacientes escoitados; Deficientes físicos ou impossibilitados de desambulação;	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;
<input type="checkbox"/> Queimaduras graves;	<input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação, confusão mental; desinexas;	<input type="checkbox"/> Asma fora da crise; Enxaqueca;	<input type="checkbox"/> Procedimentos coma: curativo, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;
<input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;	<input type="checkbox"/> História de convulsões;	<input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;	<input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzipenicilina;
<input type="checkbox"/> Lesão na Coluna Vertebral;	<input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;	<input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinal vitais;	
<input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;	<input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;	<input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;	
<input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar;	<input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;	<input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;	
<input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência no torax por mais de 30min.	<input type="checkbox"/> Alterações de sinal vitais em pacientes sintomaticos;	<input type="checkbox"/> Abscessos;	
<input type="checkbox"/> Perforação no peito, bôbionas ou cabeça;	<input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;	<input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;	
<input type="checkbox"/> Crise convulsiva;	<input type="checkbox"/> Epistaxe;	<input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;	
<input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;	<input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;	<input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;	
<input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;	<input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;	<input type="checkbox"/> Gastroenterite.	
<input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas;	<input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente - sinais de desidratação grave;		SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE REFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;	<input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);		DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIAS DPVAT
<input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas diagnosticados;	<input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<input type="checkbox"/> Hemorrágia intraligamentar;	<input type="checkbox"/> Acidente por animais percorrentes;		
<input type="checkbox"/> Fraturas;	<input type="checkbox"/> Bronco espasmo		
<input type="checkbox"/> ferimentos artes;			

05 DEZ 2016

Caixa Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Loja 107  
Aracati - Fortaleza / CE

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES VITÓ

DATA: CSS, 11, 16

HORA:

#### **ANAMNESE E EXAME FÍSICO:**

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Crâncica 9 anos vítima de atropelamento e/ Trauma contuso contuso em região periorbital esquerdo do crânio.

**PREScrição:**

1) SRL 1000, digg 500 mC Gr

2) And TC de segundo

~~Dr. Renato Ralem  
MEDICO  
CREMEC: 4731~~

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
SPVAT
CONTEÚDO NÃO ATUALIZADO

05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Damião Lins, 360 - Loja 147  
Altinópolis - Fortaleza / CE

DIREÇÃO GERAL

128-63051-006

---

ASSINATURA: FABIANO MÉDICO



400057

Imprimir

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

93.81.06.0029

## FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/01/15

HORARIO: 12:14

ATENDIMENTO N°: 24

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E  
DIREÇÃO CLÍNICA

## DADOS DO PACIENTE:

NOME: LUCAS DO CARMO RODRIGUES  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: 01/01/1998 IDADE: 07 ANOS ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUCIANE DE SOUZA SANTOS SUS:  
NATURALIDADE: CAXIAS  
ENDERECO: R. da Soja, 100 Bairro: Caxias CEP: 63.800-000  
CIDADE: CAXIAS ESTADO: PI FONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

Assinatura paciente / responsável

PA: \_\_\_\_\_ mmhg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg

## QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (LARANJA)	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO)	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE)	NÃO URGENTE (AZUL)
<p><input checked="" type="checkbox"/> Politérmismo/TCE;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Queimaduras graves;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Desconforto Respiratório grave;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor tórax por mais de 30min;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações iônicas + falta de ar;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas diagnosticadas;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fraturas ferimento (ortes);</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Coletiva súbita e rápida e/ou progressiva;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação contusas mentais, desníveis;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Historia de convulsão;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diabético + sangramento, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquicardia, taquicardia;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Historia recente de melena ou hematêmese ou enterorragia;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°C);</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acidente por animais decomidos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bucal e ósseo.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pacientes esclóticos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações vitais;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Abscesso;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos como curativo, fraldas ou repartições de receitas médica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p>Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM

MÉDICO DE ASSISTÊNCIAS  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIAS  
DPVAT.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05-DEZ-2016

Comitê Seguradora S/A  
Av. Dom Luiz, 300 - Lote 19  
Aldrovão - Fortaleza - CE

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTESENTO

DATA: 05/11/2017 HORA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Branca F. 20 anos vítima de atropelamento e/ Trauma contuso contuso em região parietal esquerda do crânio.

PREScriÇÃO:

1) SRL 1000, dia 500 ml (gr)

2) Anal TC de crânio

DR. Raimundo Alves  
MÉDICO  
CRM/CE - 1781

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO VAO
NRB
05 DEZ 2016
Cente Segurança S/A
Av. Dom Luiz 300 - Lote 147
Edifício Edifício 00

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Conselho de Contabilidade  
Conselho Federal de Contabilidade  
Conselho Regional do Rio Grande do Norte  
0005

139.01.96.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 02/11/2016 HORÁRIO: 18:14

ATENDIMENTO N° 24

PARA FINS DE OPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: JACOBOSO RICARDO DE SOUZA  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: 10/07/1960 IDADE: 56 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUCINDA DE SOUZA SOUZA  
NATURALIDADE: CAXIANDU  
PROFISSÃO: EMPRESÁRIO  
ENDERECO: R. MIGUEL CARVALHO, 630 BAIRRO: ESPERANÇA CEP: 63.800-000  
CIDADE: CRISTAL TÉL: TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM: NÃO: 1

*Assinatura paciente / Responsável*

PA: mmHg SPO<sub>2</sub>: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg  
QUEIXAS:

URGÊNCIA VERMELHA (DIA)	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) (60 MINUTOS)	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) (120 MINUTOS)	NÃO URGENTE (AZUL) (240 MINUTOS)
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</li> <li><input type="checkbox"/> Outras urgências;</li> <li><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</li> <li><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</li> <li><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório grave;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor no peito + clonose + dor de ar;</li> <li><input type="checkbox"/> Vômito + perda consciente ou dor lombar por mais de 30min;</li> <li><input type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cõeço;</li> <li><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</li> <li><input type="checkbox"/> Intoxicação endógena ou entáticas de suicídio;</li> <li><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</li> <li><input type="checkbox"/> Hipertensão ou Hipoglicemias diagnosticadas;</li> <li><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</li> <li><input type="checkbox"/> Alterações SSV e sintomas digestivos;</li> <li><input type="checkbox"/> Hemorragia intracraniana;</li> <li><input type="checkbox"/> Fractura com hematomas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cefaleia subito ou rapidamente progressiva;</li> <li><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão; amnésia; desmaiadas;</li> <li><input type="checkbox"/> História de convulsão;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</li> <li><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, lesões veias, taquicardia;</li> <li><input type="checkbox"/> Alterações de conduta com pacientes sintomáticos;</li> <li><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou emorragia;</li> <li><input type="checkbox"/> Epistaxe;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</li> <li><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</li> <li><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;</li> <li><input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40);</li> <li><input type="checkbox"/> Toxicodependentes + dor intensa;</li> <li><input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos;</li> <li><input type="checkbox"/> Brônco espasmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Idade superior a 80 anos;</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes estonados;</li> <li><input type="checkbox"/> Deficiências físicas ou impossibilitados de deambulação;</li> <li><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</li> <li><input type="checkbox"/> Ensaqueco;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</li> <li><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</li> <li><input type="checkbox"/> Vômito + diarréia sem sinais de desidratação;</li> <li><input type="checkbox"/> Abscessos;</li> <li><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</li> <li><input type="checkbox"/> Dor pélvica intensa;</li> <li><input type="checkbox"/> Interferências ortopédicas;</li> <li><input type="checkbox"/> Gastroenterite;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Queixas leves, alterações agudas;</li> <li><input type="checkbox"/> Procedimentos como curativo, limpeza ou reedições de reticulas médica; avaliação de resultado de exames, solicitação de exames médicos;</li> <li><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; uso de benzilpenicilina;</li> </ul>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM

MÉDICO DE ASSESSISTÊNCIAS OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Crédito Seguradora S/A  
Av. Dom Luís 100 - Lote 14  
Altinópolis - São Paulo - SP

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMÓBIM  
HÓSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

DATA: 03/11/16 HORA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

*Criança 9 anos vítima de atropelamento e trauma contundente em região parietal esquerda do crânio.*

PREScriÇÃO:

1) SRL 1000, liga 500 ml gr

2) Adl TC de crânio

Dr. MELLO  
CRM-CE 1010

Evolução médica:

Evolução da enfermagem:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO: 250 ml
05 DEZ 2016
Caixa Seguradora S/A Av. Dom Frei Henrique, 547 Alfredo Chaves - CE

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO 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: 11/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: LUZINEIDE DO CARMO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 00000026076-3

---

Nr. da Autenticação 98CC7AC48093B45F

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Paulo José Alves de Moraes

RG nº 200100232315 data de expedição 14/02/16, Órgão SSPDS/RC,

CPF nº 020.643.423-66 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>Sz. Pente Gognoprenario</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>vara</u>
Bairro	<u>Distrito de Parangaba</u>
Cidade	<u>Quixeramobim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521 / (88) 988583984 / (88) 992453228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixeramobim-CE, 30/11/2016.

Assinatura do Declarante: Paulo José Alves de Moraes

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Eliseu, 300 - Loja 147 Altinópolis - Fortaleza - CE

Nº DO CLIENTE

7520245-0

Para agilizar seu atendimento, entre em contato sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Sociedade de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Veldromo, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.049-3

coelce

On-line

Rota 22 28036 06 000000 - 4

Data de Emissão 05/10/2016

Nome ANTONIA KATIA NOBRE VIEIRA

End. Postal FZ POSTO AGROPECUÁRIO 00005

DISTRITO DE PASSAGEM - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 1602564

Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 070957259-00

CGF

Nome do Responsável

Data de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura

Out/2016 05/10/2016 04/11/2016

Mês Ago/2016 R\$0 18,21

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

192,00

DHC 0,07 13,74 43,49 0,24 0,00 8,88

FHC 0,14 15,49 39,98 1,00 0,00 8,08

DMIC 0,08 0,88 0,24 0,00 0,00 0,00

IPTU 4,91 E 6,46 E 0,05 9949,3706 PIS/COFINS

VALOR CONSUMO DO MÊS

Consumo (kWh) Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

Leds Atual Leds Anterior Corret. a Consumo (kWh) Davs. Ind. a Corret. Ret. a Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

2929

2371

1,00

129

0,28

129

0,26639

46,85

05/10/16 02/09/16 33.0189 129 0,26639 46,85

VALOR CONSUMO DO MES 46,85

JUROS DO MES 0,13

## VENCIMENTO

## TOTAL A PAGAR (R\$)

## VALOR DO DEBITO DE CONSUMO

	10/09	11/09	12/09	13/09	14/09	15/09	16/09	17/09	18/09	19/09	20/09	21/09	22/09	23/09	24/09	25/09	26/09	27/09	28/09	29/09	30/09	31/09	01/10	02/10	03/10	04/10	05/10
Engajia .....	27,59																										
Transmissão .....	0,62																										
Distribuição .....	0,62																										
Encargos Setoriais .....	4,16																										
Tributos (PIS/PIS/COFINS) ...	3,13																										
<b>TOTAL</b>	<b>46,85</b>																										

MED Out Bel Mar Jul Jun Ret 1 Ret 2 Ret 3 Ret 4 Ret 5 Ret 6 Ret 7 Ret 8 Ret 9 Ret 10 Ret 11 Ret 12 Ret 13 Ret 14 Ret 15 Ret 16 Ret 17 Ret 18 Ret 19 Ret 20 Ret 21 Ret 22 Ret 23 Ret 24 Ret 25 Ret 26 Ret 27 Ret 28 Ret 29 Ret 30 Ret 31 Ret 32 Ret 33 Ret 34 Ret 35 Ret 36 Ret 37 Ret 38 Ret 39 Ret 40 Ret 41 Ret 42 Ret 43 Ret 44 Ret 45 Ret 46 Ret 47 Ret 48 Ret 49 Ret 50 Ret 51 Ret 52 Ret 53 Ret 54 Ret 55 Ret 56 Ret 57 Ret 58 Ret 59 Ret 60 Ret 61 Ret 62 Ret 63 Ret 64 Ret 65 Ret 66 Ret 67 Ret 68 Ret 69 Ret 70 Ret 71 Ret 72 Ret 73 Ret 74 Ret 75 Ret 76 Ret 77 Ret 78 Ret 79 Ret 80 Ret 81 Ret 82 Ret 83 Ret 84 Ret 85 Ret 86 Ret 87 Ret 88 Ret 89 Ret 90 Ret 91 Ret 92 Ret 93 Ret 94 Ret 95 Ret 96 Ret 97 Ret 98 Ret 99 Ret 100 Ret 101 Ret 102 Ret 103 Ret 104 Ret 105 Ret 106 Ret 107 Ret 108 Ret 109 Ret 110 Ret 111 Ret 112 Ret 113 Ret 114 Ret 115 Ret 116 Ret 117 Ret 118 Ret 119 Ret 120 Ret 121 Ret 122 Ret 123 Ret 124 Ret 125 Ret 126 Ret 127 Ret 128 Ret 129 Ret 130 Ret 131 Ret 132 Ret 133 Ret 134 Ret 135 Ret 136 Ret 137 Ret 138 Ret 139 Ret 140 Ret 141 Ret 142 Ret 143 Ret 144 Ret 145 Ret 146 Ret 147 Ret 148 Ret 149 Ret 150 Ret 151 Ret 152 Ret 153 Ret 154 Ret 155 Ret 156 Ret 157 Ret 158 Ret 159 Ret 160 Ret 161 Ret 162 Ret 163 Ret 164 Ret 165 Ret 166 Ret 167 Ret 168 Ret 169 Ret 170 Ret 171 Ret 172 Ret 173 Ret 174 Ret 175 Ret 176 Ret 177 Ret 178 Ret 179 Ret 180 Ret 181 Ret 182 Ret 183 Ret 184 Ret 185 Ret 186 Ret 187 Ret 188 Ret 189 Ret 190 Ret 191 Ret 192 Ret 193 Ret 194 Ret 195 Ret 196 Ret 197 Ret 198 Ret 199 Ret 200 Ret 201 Ret 202 Ret 203 Ret 204 Ret 205 Ret 206 Ret 207 Ret 208 Ret 209 Ret 210 Ret 211 Ret 212 Ret 213 Ret 214 Ret 215 Ret 216 Ret 217 Ret 218 Ret 219 Ret 220 Ret 221 Ret 222 Ret 223 Ret 224 Ret 225 Ret 226 Ret 227 Ret 228 Ret 229 Ret 230 Ret 231 Ret 232 Ret 233 Ret 234 Ret 235 Ret 236 Ret 237 Ret 238 Ret 239 Ret 240 Ret 241 Ret 242 Ret 243 Ret 244 Ret 245 Ret 246 Ret 247 Ret 248 Ret 249 Ret 250 Ret 251 Ret 252 Ret 253 Ret 254 Ret 255 Ret 256 Ret 257 Ret 258 Ret 259 Ret 260 Ret 261 Ret 262 Ret 263 Ret 264 Ret 265 Ret 266 Ret 267 Ret 268 Ret 269 Ret 270 Ret 271 Ret 272 Ret 273 Ret 274 Ret 275 Ret 276 Ret 277 Ret 278 Ret 279 Ret 280 Ret 281 Ret 282 Ret 283 Ret 284 Ret 285 Ret 286 Ret 287 Ret 288 Ret 289 Ret 290 Ret 291 Ret 292 Ret 293 Ret 294 Ret 295 Ret 296 Ret 297 Ret 298 Ret 299 Ret 299 Ret 300 Ret 301 Ret 302 Ret 303 Ret 304 Ret 305 Ret 306 Ret 307 Ret 308 Ret 309 Ret 309 Ret 310 Ret 311 Ret 312 Ret 313 Ret 314 Ret 315 Ret 316 Ret 317 Ret 318 Ret 319 Ret 319 Ret 320 Ret 321 Ret 322 Ret 323 Ret 324 Ret 325 Ret 326 Ret 327 Ret 328 Ret 329 Ret 329 Ret 330 Ret 331 Ret 332 Ret 333 Ret 334 Ret 335 Ret 336 Ret 337 Ret 338 Ret 339 Ret 339 Ret 340 Ret 341 Ret 342 Ret 343 Ret 344 Ret 345 Ret 346 Ret 347 Ret 348 Ret 349 Ret 349 Ret 350 Ret 351 Ret 352 Ret 353 Ret 354 Ret 355 Ret 356 Ret 357 Ret 358 Ret 359 Ret 359 Ret 360 Ret 361 Ret 362 Ret 363 Ret 364 Ret 365 Ret 366 Ret 367 Ret 368 Ret 369 Ret 369 Ret 370 Ret 371 Ret 372 Ret 373 Ret 374 Ret 375 Ret 376 Ret 377 Ret 378 Ret 379 Ret 379 Ret 380 Ret 381 Ret 382 Ret 383 Ret 384 Ret 385 Ret 386 Ret 387 Ret 388 Ret 389 Ret 389 Ret 390 Ret 391 Ret 392 Ret 393 Ret 394 Ret 395 Ret 396 Ret 397 Ret 398 Ret 398 Ret 399 Ret 399 Ret 400 Ret 401 Ret 402 Ret 403 Ret 404 Ret 405 Ret 406 Ret 407 Ret 408 Ret 409 Ret 409 Ret 410 Ret 411 Ret 412 Ret 413 Ret 414 Ret 415 Ret 416 Ret 417 Ret 418 Ret 419 Ret 419 Ret 420 Ret 421 Ret 422 Ret 423 Ret 424 Ret 425 Ret 426 Ret 427 Ret 428 Ret 429 Ret 429 Ret 430 Ret 431 Ret 432 Ret 433 Ret 434 Ret 435 Ret 436 Ret 437 Ret 438 Ret 439 Ret 439 Ret 440 Ret 441 Ret 442 Ret 443 Ret 444 Ret 445 Ret 446 Ret 447 Ret 448 Ret 449 Ret 449 Ret 450 Ret 451 Ret 452 Ret 453 Ret 454 Ret 455 Ret 456 Ret 457 Ret 458 Ret 459 Ret 459 Ret 460 Ret 461 Ret 462 Ret 463 Ret 464 Ret 465 Ret 466 Ret 467 Ret 468 Ret 469 Ret 469 Ret 470 Ret 471 Ret 472 Ret 473 Ret 474 Ret 475 Ret 476 Ret 477 Ret 478 Ret 479 Ret 479 Ret 480 Ret 481 Ret 482 Ret 483 Ret 484 Ret 485 Ret 486 Ret 487 Ret 488 Ret 489 Ret 489 Ret 490 Ret 491 Ret 492 Ret 493 Ret 494 Ret 495 Ret 496 Ret 497 Ret 497 Ret 498 Ret 499 Ret 499 Ret 500 Ret 500 Ret 501 Ret 502 Ret 503 Ret 504 Ret 505 Ret 506 Ret 507 Ret 508 Ret 509 Ret 509 Ret 510 Ret 511 Ret 512 Ret 513 Ret 514 Ret 515 Ret 516 Ret 517 Ret 518 Ret 519 Ret 519 Ret 520 Ret 521 Ret 522 Ret 523 Ret 524 Ret 525 Ret 526 Ret 527 Ret 528 Ret 529 Ret 529 Ret 530 Ret 531 Ret 532 Ret 533 Ret 534 Ret 535 Ret 536 Ret 537 Ret 538 Ret 539 Ret 539 Ret 540 Ret 541 Ret 542 Ret 543 Ret 544 Ret 545 Ret 546 Ret 547 Ret 548 Ret 549 Ret 549 Ret 550 Ret 551 Ret 552 Ret 553 Ret 554 Ret 555 Ret 556 Ret 557 Ret 558 Ret 559 Ret 559 Ret 560 Ret 561 Ret 562 Ret 563 Ret 564 Ret 565 Ret 566 Ret 567 Ret 568 Ret 569 Ret 569 Ret 570 Ret 571 Ret 572 Ret 573 Ret 574 Ret 575 Ret 576 Ret 577 Ret 578 Ret 579 Ret 579 Ret 580 Ret 581 Ret 582 Ret 583 Ret 584 Ret 585 Ret 586 Ret 587 Ret 588 Ret 589 Ret 589 Ret 590 Ret 591 Ret 592 Ret 593 Ret 594 Ret 595 Ret 596 Ret 597 Ret 597 Ret 598 Ret 599 Ret 599 Ret 600 Ret 600 Ret 601 Ret 602 Ret 603 Ret 604 Ret 605 Ret 606 Ret 607 Ret 608 Ret 609 Ret 609 Ret 610 Ret 611 Ret 612 Ret 613 Ret 614 Ret 615 Ret 616 Ret 617 Ret 618 Ret 619 Ret 619 Ret 620 Ret 621 Ret 622 Ret 623 Ret 624 Ret 625 Ret 626 Ret 627 Ret 628 Ret 629 Ret 629 Ret 630 Ret 631 Ret 632 Ret 633 Ret 634 Ret 635 Ret 636 Ret 637 Ret 638 Ret 639 Ret 639 Ret 640 Ret 641 Ret 642 Ret 643 Ret 644 Ret 645 Ret 646 Ret 647 Ret 648 Ret 649 Ret 649 Ret 650 Ret 651 Ret 652 Ret 653 Ret 654 Ret 655 Ret 656 Ret 657 Ret 658 Ret 659 Ret 659 Ret 660 Ret 661 Ret 662 Ret 663 Ret 664 Ret 665 Ret 666 Ret 667 Ret 668 Ret 669 Ret 669 Ret 670 Ret 671 Ret 672 Ret 673 Ret 674 Ret 675 Ret 676 Ret 677 Ret 678 Ret 679 Ret 679 Ret 680 Ret 681 Ret 682 Ret 683 Ret 684 Ret 685 Ret 686 Ret 687 Ret 688 Ret 689 Ret 689 Ret 690 Ret 691 Ret 692 Ret 693 Ret 694 Ret 695 Ret 696 Ret 697 Ret 697 Ret 698 Ret 699 Ret 699 Ret 700 Ret 700 Ret 701 Ret 702 Ret 703 Ret 704 Ret 705 Ret 706 Ret 707 Ret 708 Ret 709 Ret 709 Ret 710 Ret 711 Ret 712 Ret 713 Ret 714 Ret 715 Ret 716 Ret 717 Ret 718 Ret 719 Ret 719 Ret 720 Ret 721 Ret 722 Ret 723 Ret 724 Ret 725 Ret 726 Ret 727 Ret 728 Ret 729 Ret 729 Ret 730 Ret 731 Ret 732 Ret 733 Ret 734 Ret 735 Ret 736 Ret 737 Ret 738 Ret 739 Ret 739 Ret 740 Ret 741 Ret 742 Ret 743 Ret 744 Ret 745 Ret 746 Ret 747 Ret 748 Ret 749 Ret 749 Ret 750 Ret 751 Ret 752 Ret 753 Ret 754 Ret 755 Ret 756 Ret 757 Ret 758 Ret 759 Ret 759 Ret 760 Ret 761 Ret 762 Ret 763 Ret 764 Ret 765 Ret 766 Ret 767 Ret 768 Ret 769 Ret 769 Ret 770 Ret 771 Ret 772 Ret 773 Ret 774 Ret 775 Ret 776 Ret 777 Ret 778 Ret 779 Ret 779 Ret 780 Ret 781 Ret 782 Ret 783 Ret 784 Ret 785 Ret 786 Ret 787 Ret 788 Ret 789 Ret 789 Ret 790 Ret 791 Ret 792 Ret 793 Ret 794 Ret 795 Ret 796 Ret 797 Ret 797 Ret 798 Ret 799 Ret 799 Ret 800 Ret 800 Ret 801 Ret 802 Ret 803 Ret 804 Ret 805 Ret 806 Ret 807 Ret 808 Ret 809 Ret 809 Ret 810 Ret 811 Ret 812 Ret 813 Ret 814 Ret 815 Ret 816 Ret 817 Ret 818 Ret 819 Ret 819 Ret 820 Ret 821 Ret 822 Ret 823 Ret 824 Ret 825 Ret 826 Ret 827 Ret 828 Ret 829 Ret 829 Ret 830 Ret 831 Ret 832 Ret 833 Ret 834 Ret 835 Ret 836 Ret 837 Ret 838 Ret 839 Ret 839 Ret 840 Ret 841 Ret 842 Ret 843 Ret 844 Ret 845 Ret 846 Ret 847 Ret 848 Ret 849 Ret 849 Ret 850 Ret 851 Ret 852 Ret 853 Ret 854 Ret 855 Ret 856 Ret 857 Ret 858 Ret 859 Ret 859 Ret 860 Ret 861 Ret 862 Ret 863 Ret 864 Ret 865 Ret 866 Ret 867 Ret 868 Ret 869 Ret 869 Ret 870 Ret 871 Ret 872 Ret 873 Ret 874 Ret 875 Ret 876 Ret 877 Ret 878 Ret 879 Ret 879 Ret 880 Ret 881 Ret 882 Ret 883 Ret 884 Ret 885 Ret 886 Ret 887 Ret 888 Ret 889 Ret 889 Ret 890 Ret 891 Ret 892 Ret 893 Ret 894 Ret 895 Ret 896 Ret 897 Ret 898 Ret 898 Ret 899 Ret 900 Ret 900 Ret 901 Ret 902 Ret 903 Ret 904 Ret 905 Ret 906 Ret 907 Ret 908 Ret 909 Ret 909 Ret 910 Ret 911 Ret 912 Ret 913 Ret 914 Ret 915 Ret 916 Ret 917 Ret 918 Ret 919 Ret 919 Ret 920 Ret 921 Ret 922 Ret 923 Ret 924 Ret 925 Ret 926 Ret 927 Ret 928 Ret 929 Ret 929 Ret 930 Ret 931 Ret 932 Ret 933 Ret 934 Ret 935 Ret 936 Ret 937 Ret 938 Ret 939 Ret 939 Ret 940 Ret 941 Ret 942 Ret 943 Ret 944 Ret 945 Ret 946 Ret 947 Ret 948 Ret 949 Ret 949 Ret 950 Ret 951 Ret 952 Ret 953 Ret 954 Ret 955 Ret 956 Ret 957 Ret 958 Ret 959 Ret 959 Ret 960 Ret 961 Ret 962 Ret 963 Ret 964 Ret 965 Ret 966 Ret 967 Ret 968 Ret 969 Ret 969 Ret 970 Ret 971 Ret 972 Ret 973 Ret 974 Ret 975 Ret 976 Ret 977 Ret 978 Ret 979 Ret 979 Ret 980 Ret 981 Ret 982 Ret 983 Ret 984 Ret 985 Ret 986 Ret 987 Ret 988 Ret 989 Ret 989 Ret 990 Ret 991 Ret 992 Ret 993 Ret 994 Ret 995 Ret 996 Ret 997 Ret 998 Ret 998 Ret 999 Ret 999 Ret 1000 Ret 1000 Ret 1001 Ret 1002 Ret 1003 Ret 1004 Ret 1005 Ret 1006 Ret 1007 Ret 1008 Ret 1009 Ret 1009 Ret 1010 Ret 1011 Ret 1012 Ret 1013 Ret 1014 Ret 1015 Ret 1016 Ret 1017 Ret 1018 Ret 1019 Ret 1019 Ret 1020 Ret 1021 Ret 1022 Ret 1023 Ret 1024 Ret 1025 Ret 1026 Ret 1027 Ret 1028 Ret 1029 Ret 1029 Ret 1030 Ret 1031 Ret 1032 Ret 1033 Ret 1034 Ret 1035 Ret 1036 Ret 1037 Ret 1038 Ret 1039 Ret 1039 Ret 1040 Ret 1041 Ret 1042 Ret 1043 Ret 1044 Ret 1045 Ret 1046 Ret 1047 Ret 1048 Ret 1048 Ret 1049 Ret 1049 Ret 1050 Ret 1051 Ret 1052 Ret 1053 Ret 1054 Ret 1055 Ret 1056 Ret 1057 Ret 1058 Ret 1059 Ret 1059 Ret 1060 Ret 1061 Ret 1062 Ret 1063 Ret 1064 Ret 1065 Ret 1066 Ret 1067 Ret 1068 Ret 1069 Ret 1069 Ret 1070 Ret 1071 Ret 1072 Ret 1073 Ret 1074 Ret 1075 Ret 1076 Ret 1077 Ret 1078 Ret 1079 Ret 1079 Ret 1080 Ret 1081 Ret 1082 Ret 1083 Ret 1084 Ret 1085 Ret 1086 Ret 1087 Ret 1088 Ret 1089 Ret 1089 Ret 1090 Ret 1091 Ret 1092 Ret 1093 Ret 1094 Ret 1095 Ret 1096 Ret 1097 Ret 1098 Ret 1098 Ret 1099 Ret 1099 Ret 1100 Ret 1100 Ret 1101 Ret 1102 Ret 1103 Ret 1104 Ret 1105 Ret 1106 Ret 1107 Ret 1108 Ret 1109 Ret 1109 Ret 1110 Ret 1111 Ret 1112 Ret 1113 Ret 1114 Ret 1115 Ret 1116 Ret 1117 Ret 1118 Ret 1119 Ret 1119 Ret 1120 Ret 1121 Ret 1122 Ret 1123 Ret 1124 Ret 1125 Ret 1126 Ret 1127 Ret 1128 Ret 1129 Ret 1129 Ret 1130 Ret 1131 Ret 1132 Ret 1133 Ret 1134 Ret 1135 Ret 1136 Ret 1137 Ret 1138 Ret 1139 Ret 1139 Ret 1140 Ret 1141 Ret 1142 Ret 1143 Ret 1144 Ret 1145 Ret 1146 Ret 1147 Ret 1148 Ret 1148 Ret 1149 Ret 1149 Ret 1150 Ret 1151 Ret 1152 Ret 1153 Ret 1154 Ret 1155 Ret 1156 Ret 1157 Ret 1158 Ret 1159 Ret 1159 Ret 1160 Ret 1161 Ret 1162 Ret 1163 Ret 1164 Ret 1165 Ret 1166 Ret 1167 Ret 1168 Ret 1169 Ret 1169 Ret 1170 Ret 1171 Ret 1172 Ret 1173 Ret 1174 Ret 1175 Ret 1176 Ret 1177 Ret 1178 Ret 1179 Ret 1179 Ret 1180 Ret 1181 Ret 1182 Ret 1183 Ret 1184 Ret 1185 Ret 1186 Ret 1187 Ret 1188 Ret 1189 Ret 1189 Ret 1190 Ret 1191 Ret 1192 Ret 1193 Ret 1194 Ret 1195 Ret 1196 Ret 1197 Ret 1198 Ret 1198 Ret 1199 Ret 1199 Ret 1200 Ret 1200 Ret 1201 Ret 1202 Ret 1203 Ret 1204 Ret 1205 Ret 1206 Ret 1207 Ret 1208 Ret 1209 Ret 1209 Ret 1210 Ret 1211 Ret 1212 Ret 1213 Ret 1214 Ret 1215 Ret 1216 Ret 1217 Ret 1218 Ret 1219 Ret 1219 Ret 1220 Ret 1221 Ret 1222 Ret 1223 Ret 1224 Ret 1225 Ret 1226 Ret 1227 Ret 1228 Ret 1229 Ret 1229 Ret 1230 Ret 1231 Ret 1232 Ret 1233 Ret 1234 Ret 1235 Ret 1236 Ret 1237 Ret 1238 Ret 1239 Ret 1239 Ret 1240 Ret 1241 Ret 1242 Ret 1243 Ret 1244 Ret 1245 Ret 1246 Ret 1247 Ret 1248 Ret 1248 Ret 1249 Ret 1249 Ret 1250 Ret 1251 Ret 1252 Ret 1253 Ret 1254 Ret 1255 Ret 1256 Ret 1257 Ret 1258 Ret 1259 Ret 1259 Ret 1260 Ret 1261 Ret 1262 Ret 1263 Ret 1264 Ret 1265 Ret 1266 Ret 1267 Ret 1268 Ret 1269 Ret 1269 Ret 1270 Ret 1271 Ret 1272 Ret 1273 Ret 1274 Ret 1275 Ret 1276 Ret 1277 Ret 1278 Ret 1279 Ret 1279 Ret 1280 Ret 1281 Ret 1282 Ret 1283 Ret 1284 Ret 1285 Ret 1286 Ret 1287 Ret 1288 Ret 1289 Ret 1289 Ret 1290 Ret 1291 Ret 1292 Ret 1293 Ret 1294 Ret 1295 Ret 1296 Ret 1297 Ret 1298 Ret 1298 Ret 1299 Ret 1299 Ret 1300 Ret 1300 Ret 1301 Ret 1302 Ret 1303 Ret 1304 Ret 1305 Ret 1306 Ret 1307 Ret 1308 Ret 1309 Ret 1309



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laugineide do Carmo Alves

RG nº 2007021004283, data de expedição 22/03/2007 Órgão SSP/CE,

CPF nº 041.046.713-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Jose Lautinho</u>
Número	<u>683</u>
Apto / Complemento	<u>Pano</u>
Bairro	<u>Conjunto Esperança</u>
Cidade	<u>Munizópolis</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)34413521   (88)988681987   (88)992451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Munizópolis - 06/11/2016

Assinatura do Declarante: Laugineide do Carmo Alves

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPUM
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A
Av. Manoel Lobo, 300 - Loja 147
Altinópolis - São Paulo - CE

Nº DO CLIENTE

6818186-8

Para solicitar seu atendimento, utilize o Padão  
para enviar sua comunicação ao cliente.A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438,  
de 26 de abril de 2002.Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

codae

www.codae.com.br

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 449307513

Rota 05 2803-01 190100 - 5 Data de Emissão 11/10/2016

Nome LUZINEIDE DO CARMO ALVES

End. Postal RU MARIA JOSE COUTINHO 09683

CONJUNTO ESPERANCA - QUIXERAMOBIM - 63800000

Posto 0000 0000

Medidor 3522263

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 041046713-80

CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data da Apresentação	Prazo de Próxima Leitura	Vejam a legenda no verso desta conta.					
Out/2016	11/10/2016	10/11/2016	Conjunto	Mes	Res/2016	E.S. 14,44	0,00	0,00
			0000-0000	0000	0000	0,00	0,00	0,00

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Ajustado Individual
1.550,00	17,00%	263,50	11,16	22,21
1.550,00	17,00%	263,50	13,70	0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

OMC	PIB	OMC	PIB	OMC	PIB
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Un. Atual	Luz Ativa (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Fis.	Tarifa (R\$/kWh)	Vl. (R\$)
1312	119	1.00	121	6,00	0,17592	5,23
					0,30056	21,00

11/10/16 09/10/16 22.110 121 35,76 VALOR (R\$)

## DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	35,76
MULTA HORATORIA REF 09/2016	0,60
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,70
JUROS DO MES	1,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,45
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,69

VENCTIMENTO 19/10/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 55,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)											
Energia	21,54												
Variação	0,50												
Distribuição	7,56												
Encargos Sistêmicos	3,77												
Tributos (PIS/COFINS)	4,11												
TOTAL	37,45												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)

Compreende-se emissões de energia elétrica geradas do sistema

Emissões kg(CO<sub>2</sub>) Compensadas kg(CO<sub>2</sub>) Compensando Ecologicamente (% CO<sub>2</sub>)

Entrada kg(CO <sub>2</sub> )	Compensadas kg(CO <sub>2</sub> )	Entrada kg(CO <sub>2</sub> )
52,30	0,00	52,30

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO	DEBITOS ANTERIORES
Prévio Mês	Referido a 09/2016
ATUAL (Mês) DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA	Valor R\$ 46,35

ATUAL (Mês) DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Informamos que constante em nossos contratos existem na estrada  
 que o desfazimento de débitos, o não pagamento da dívida inicial  
 e a impossibilidade de adesão do fornecedor de energia em 15 dias  
 após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, art.  
 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO  
 AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE FROTESTO. Caso da Lâmina situado a seguir:  
 favor desconsiderar o aviso.

Informa-se que esta fatura R\$ 4,11 referente a PIS e COFINS.  
 Acesse a Res. ANEEL 414/10, art. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Cia de Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lote 1+7  
Aldrota - Fortaleza / CE

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Paulo José Alves de Melo,

RG nº 20010002323315 data de expedição 14/02/16 Órgão SSP-SE,

CPF nº 020.643.123-66 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>83 - Rua Contrevento</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>Larja</u>
Bairro	<u>Dindinópolis de Parangam</u>
Cidade	<u>Guixeramobim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 341113521 / (88) 988583981 / (88) 992451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, Ceará, 30/11/2016.

Assinatura do Declarante: Paulo José Alves de Melo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10-5-DEZ-2016
Brasil Seguradora S.A. Av. Brasil, 400 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza - CE





Declaração Digitalizada SUSEP 44512

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luzinide do Carmo Oliveira

RG nº 2007021004283 data de expedição 22/03/2003 Orgão SSP/RS

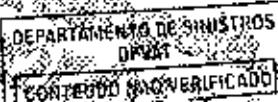
CPF nº 041.046.113-80 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Jane Rautimbia</u>
Número	<u>683</u>
Apto / Complemento	<u>Pavoa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Guaramirim</u>
Estado	<u>SC</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521   (88) 988681987   (88) 992453228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guaramirim - SC, 25/11/2016

Assinatura do Declarante: Luzinide do Carmo Oliveira



05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldrich - Fortaleza / CE

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

6818186-8

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
faz parte da Lei nº 13.468  
de 20 de maio de 2017.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Amorim, 150  
CEP 60.030-010 | Fortaleza/CE  
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CGF 06.173.603-3

gencel

Nota regularizada automaticamente e não  
exige mais autorização para serem emitidas.Para mais informações, entre em contato com a  
Central de Atendimento ao Cliente.

464829381

Razão 05 28030 01 190103 - 6

Data de Emissão 07/02/2017

Nome LUIZINHO DE OLIVEIRA ALVES

End. Postal

RU MARIA JOSE COELHIM 0366B3

CONJUNTO ESPERANCA - QUIXERAMOBIM - 63000200

Medidor 3522263

Posto 00002 0000

Classe 01-RESIDENCIAL INDUFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,40

RG/CPF/CNPJ 041046713-80

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Próxima Leitura

Fev/2017 07/02/2017 04/03/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

120000

ÁREA PRESERVADA DO CONTROLE FISCAL

001.000.001.200.000.000.000

## COMPOSIÇÃO DA VALOR DE PORNOCAMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CIVIL/RESID

Mês Cálculo 01/2017 01/2017 01/2017

Consumo Individual

Mês Tér. Anual Mês Tér. Anual

DIC 5,05 1,18 22,21 6,16 2,51 4,17

FIC 3,42 6,95 19,76 5,83 2,01 3,83

DMIO 0,29 2,15

## INFORMAÇÕES SOBRE O PORNOCAMENTO DO CONSUMO

Leia Atual ( ) Leia Anterior ( ) Correto ( ) Consumo (Watt) Correção Ind. ( ) Correção Fis. ( ) Tarifa (R\$/Wh) ( ) Valor (R\$)

1761	1652	1,30	112	0,80	19	0,17000	1	2,62
					13	0,43998		5,20

07/02/17 10:01:17

28-DIG

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO INF'S

40,90

VULTA MORATORIA SEI 01/2017

0,57

NUROS DO MES

0,43

LUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

15,57

215-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

3,52

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Akkrota - Fortaleza / CE

## COMPONENTES DO VALOR DE CONSUMO

Consumo (Watt) Correção Ind. ( ) Correção Fis. ( ) Tarifa (R\$/Wh) ( ) Valor (R\$)

Envolta	19,10
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Fácticos	1,21
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,48
Total	24,79

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

01/16	02/16	03/16	04/16	05/16	06/16	07/16	08/16	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/17
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83

## CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO2 (kg/kWh)

Consumo (Watt) Correção Ind. ( ) Correção Fis. ( ) Tarifa (R\$/Wh) ( ) Valor (R\$)

Envolta (kg CO2) Correção Ind. (kg CO2) Correção Fis. (kg CO2)

48,41	0,00	0,00	0,00
-------	------	------	------

## CONTAS EM ATRASO

Envolta Até 31/12/2016

R\$ 0,00 (0,00%) DE ATRASO DE PAGAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, desse modo, é feita a cobrança correta e eficiente.  
Sugere-se que o pagamento da dívida seja feito o mais cedo possível.  
A possibilidade de pagamento da dívida é de 15 dias.  
Se o cliente desejar, pode fazer o pagamento na Faz. Municipal, 414 101, Fort.  
Ceará, bairro Coreaú, ou entrar em contato com a DEDICAR (0800 227 9296).  
Obrigado! Imediatamente à sua disposição. DEDICAR. Ceará. Seja bem-vindo à DEDICAR!  
Favor desconsiderar o aviso.

Súcis dessa fatura R\$ 0,49 referente a 0103 e 0104.

R\$ 0,49 + R\$ 0,00 = R\$ 0,49 + R\$ 0,00 = R\$ 0,49 + R\$ 0,00 = R\$ 0,49

NP do Cliente

Data de Emissão 018186-8

NP de Nota Fiscal 07/02/2017

464829381

Referência:

Total a Pagar (R\$) 48,99

Nº de Controle 48,99

0006818186 00020 39222 42



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luzineide do Carmo Alves

RG nº 2009021004283, data de expedição 22/03/2007 Órgão SSP/EE

CPF nº 041.046.113-80 jeno perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Jose Lautinho</u>
Número	<u>683</u>
Apto / Complemento	<u>Pav</u>
Bairro	<u>Conjunto Imperatriz</u>
Cidade	<u>Guaramirim</u>
Estado	<u>SC</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521   (88) 988581987   (88) 992451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guaramirim - 05/11/2016

Assinatura do Declarante: Luzineide do Carmo Alves







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo José Alves de Menino

RG nº 2001001303315 data de expedição 14/02/16 Órgão SSPDS/PE

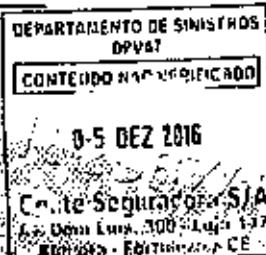
CPF nº 020.643.173-66 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>R. Tomé Coimbra</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>Qarn.</u>
Bairro	<u>Jardim de Parangaba</u>
Cidade	<u>Guarapari</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>62.300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521 / (88) 988581981 / (88) 992951228</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarapari - PA 30/11/2016.

Assinatura do Declarante: Paulo José Alves de Menino



VEHICULAR ID	ROUTE REGAR (SC)
Perito .....	27-77
Enseñanza .....	
Mari Bolívar .....	1
Reservado Veterinaria .....	1
17 Diciembre 1958 Piscina 181 .....	4-13
1801 .....	45-13

## ANEXO II



### DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Moraes, portador(a) do RG nº 200100232115, expedido por SST DS/LE, em 14 / 02 /2005, CPF/CNPJ nº 020.643.323-66, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luzianeide do Carmo Alves do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Luziane do Carmo Bento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios:

Paulo José Alves de Moraes  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Companhia Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Laje 147 Aldoti - Fortaleza - CE

## ANEXO II



### DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu, Taísa José Góis de Moraes, portadora(a) do

RG nº 20011007323115, expedido por SSP/RS/106, em

14 / 02 / 2005, CPF/CNPJ nº 020.643.123-66,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Lourenço

do Lourenço Góis, do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliz,

da vítima Lourenço do Lourenço Góis, e conforme

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

Profissão: Recepcionista; Ingressos: R\$ Recebido de inquilino.

Documentos comprobatórios:

Taísa José Alves de Moraes  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO: NÃO ESPECIFICADO
05-DEZ-2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Euzebio 3000 - Centro Aldo Ribeiro - Fortaleza - CE

**ANEXO II****DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular Susep<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto eu Paulo José Alves de Melo, portador(a) do RG nº 200100232115, expedido por SSEB/RS/196, em 14/02/2005, CPF/CNPJ nº 020.643.123-66, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Louzineide da Faria Alves, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Louzineide da Faria Bento, e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista - De imigração Renda Mensal: R\$ 1.000,00 - De imigração.

Documentos comprobatórios:

Fábio José Alves de Melo  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO FATO VERIFICADO
05 DEZ 2015
Caixa Seguradora S/A Av. Doutor Arnaldo, 300 - Centro Aeroporto - Fortaleza / CE



03.01.06.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/11/16

HORÁRIO: 07:14

ATENDIMENTO N° 24

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: LUCAS DE CARVALHO ALVES  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: / / IDADE: 09 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUCIANE DE CARVALHO ALVES SUS:  
NATURALIDADE: CAXIQUI  
ENDERECO: R. PM 1600 CENTRO, 603 BAIRRO: C. ESPERANÇA CEP: 63180000-00  
CIDADE: CAXIAS ESTADO: CE TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

*L. Lucas de Carvalho*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

P.A. \_\_\_\_\_ x mmhg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;
<input type="checkbox"/> Queimaduras graves;	<input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;	<input type="checkbox"/> Pacientes escoletados;	<input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;
<input type="checkbox"/> Coma ou alteração da consciência;	<input type="checkbox"/> História de convulsões;	<input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de desambulação;	<input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;
<input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;	<input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;	<input type="checkbox"/> Asma fora da crise;	<input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;
<input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;	<input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;	<input type="checkbox"/> Enxaqueca;	
<input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar;	<input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;	<input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;	
<input type="checkbox"/> Vômito + perda consciente ou dor tórax por mais de 30min;	<input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;	<input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinal vital;	
<input type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cabeça;	<input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;	<input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;	
<input type="checkbox"/> Crise convulsiva;	<input type="checkbox"/> Epistaxe;	<input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;	
<input type="checkbox"/> Intoxicacão exógena ou tentativas de suicídio;	<input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;	<input type="checkbox"/> Abscessos;	
<input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;	<input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;	<input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;	
<input type="checkbox"/> Hipertensão ou hipoglicemias diagnosticadas;	<input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;	<input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;	
<input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;	<input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°);	<input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;	
<input type="checkbox"/> Alterações SSSV + sintomas diagnosticados;	<input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;	<input type="checkbox"/> Gastroenterite.	
<input type="checkbox"/> Hemorragia intratetada;	<input type="checkbox"/> Acidente por animais perniciosos;		
<input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos ortes;	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo.		

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

CHARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CÔNTEUDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom José 300, Laje 147 Alcântara - Fortaleza / CE

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

DATA: 03/11/16

HORA: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

crianca 9 anos vítima de atropelamento  
foi c/ trauma contuso contuso em região Parital esquerda  
do crânio.

PREScriÇÃO:

1) SRL 1000, dia 500 ml Cr

2) Sol TC de crânio

Dr. Romana Reisen  
MÉDICO  
CREMERC 14181

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL	DIREÇÃO CLÍNICA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DRHAT CONTROLE RÁPIDO VERIFICADO
		05 DEZ 2016
		Geute Seguradora S/A Av. Olmi Lins, 100 - CEP 61170-000 Assinatura / Carimbo MÉDICO Militão - Fortaleza/CE



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Paciente: LUCAS DO CARMO BENTO		ID Paciente: 5475841	
Data de Nascimento:	23/01/2007	Idade:	9 anos
Médico Solicitante: MARCONDES DINIZ		Sexo: M	
Data do Exame: 03/11/2016			
<b>LAUDO</b>			

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA**

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Parênquima encefálico com valores de atenuação normais;

Sulcos, fissuras e cisternas cerebrais de amplitude normal;

Sistema ventricular anatômico;

Linha média centrada;

Estruturas ósseas focalizadas de aspecto preservado;

Cefalohematoma subgaleal temporal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA  
5404 CRM-CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
! CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
05 DEZ 2016	
Centro Seguradora S/A	
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147	
Aldenora - Fortaleza / CE	



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

ATENDIDO

Atendeu para os devidos fins que Lucas do Carvalho Bento, vítima  
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,  
NO DIA (03/11/16). APRESENTA-  
DO TCE nodoso com hematomas  
SUBCALLEAL TEMPORAL ESQUERDO,  
INFECÇÃO SECUNDÁRIA, APRESENTA  
ATÉ HOJE, PERDA AUDITIVA ESQUER-  
DA, CEFALÉIA FREQUENTE, COM  
ACOMPANHAMENTO COM NEURO-  
GISTO . 506.6

21103153

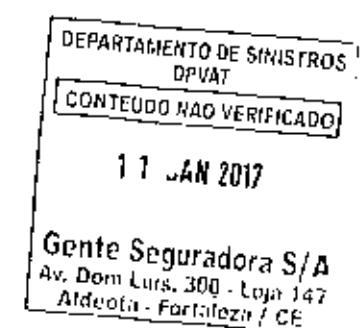
Dr. Paulo Calado  
CRM: 11729

**SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA) |
| <input type="checkbox"/> | 8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)       |
| <input type="checkbox"/> | 12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)           |

**COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.**

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 - Centro - Fones: (88) 3441.1219 / 3441.1217  
Quixeramobim - Ceará





THE SISTER'S MARCH



万维网与WWW编程

1000

200

OTERO FATO OS DEIXOS FONDO DAS  
LUGAIS DO CEMPO BART, VITRUS  
ATROFOLHAMENTO AUTOMOBILISTICO,  
NO 010 (03144116). APRESENTA-  
DO TCI MODERADO COM HEMORRAGIA  
SUBCERVAL TEMPORAL (SUSPENSA,  
INFLATIVA) SECUNDARIA, ACCIDENTE  
ATE NOITE, PERDA AUDITIVA TOTAL  
OU, CERTA SIDA FINGIDA, E A  
APROXIMAVENTE COM NEXO CO-  
NEXO . 3066

OKOZAKI

#### 第3節 例題と練習問題

NO. 1800-17837

卷之三十一

卷之三十一

卷之三

• 10 •

1996-1997 学年第一学期

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

02.FEV.2012

**Gento Seguradora S/A**  
Av. Dom Lins, 300 - Loja 147  
Aldrová - Fortaleza / CE



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

ATENÇÃO

Atende paciente devido ao fato que  
LUCAS DO COEIRO BENTO, VITIMA  
ATROPELAMENTO AUTOMOBILISTICO,  
NO DIA (03/11/16), APRESENTA-  
DO TCE MODERADO COM HEMATOMA  
SUBCERVEL TEMPORAL ESQUERDO;  
INSCASO DECUNDARIO, APRESENTA  
ATEMPO, PERDA AUDITIVA ESQUER-  
DA, CONFUSAO FREQUENTE, EM  
ACOMPANHAMENTO COM NEUROLO-  
GISTA 506.6

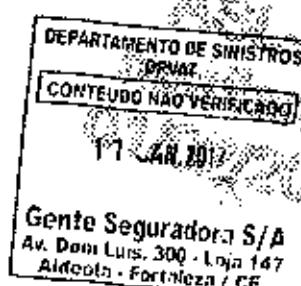
Dr. Paula Calado  
CRM: 11729

41103152  
**SEU MEDICAMENTO**  
**NA HORA CERTA**

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 18N - 12N (4 X DIA)  
6 X 6 hs.: 06M - 02T - 18N (3 X DIA)  
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOMÉ POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 - Centro - Fortes: (88) 3441.1218 / 3441.1217  
Quixeramobim - Ceará





63.01.06.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS.

DATA: 03/12/16 HORÁRIO: 12:14

ATENDIMENTO N° 24

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Lucas do Vale IDADE: 16 SEXO: MAS DATA NASCIMENTO: 03/09/2000 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 MÃE: Luzinete de Souza Alves SUS: 111.111.111-11  
 NATURALIDADE: Ceará PROFISSÃO: Estudante  
 ENDEREÇO: R. MAIS SANTOS, 633 BAIRRO: RESIDENCIAL CEP: 63180000  
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: (85) 98888-1234

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

*Nome do Responsável*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA:   mmHg SPO<sub>2</sub>:   % FC:   bpm FR:   ipm T:   °C PESO:   Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Poli-traumatismo/TCI</p> <p><input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + alta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácico por mais de 30min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perforação no peito, bôbom ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas;</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações SSTV + sintomas diagnosticados;</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Fraturas fermentos ortes;</p>	<p><input type="checkbox"/> Desfalecimento súbito ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de humor, comportamento, agitação, confusão mental, delírios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes hipotensos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de hemorragia ou hematemese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação graves;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Ademias por animais peçonhentos;</p> <p><input type="checkbox"/> Arquejo e desmaio;</p>	<p><input type="checkbox"/> Maiores que 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes esclercóticos;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinal vital;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abstese;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Dorsalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações leves;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos curativos leves ou requisições de receitas médica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lote 147  
Aldoá - Fortaleza / CE

**GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

DATA: 03 / 11 / 16 HORA: \_\_\_\_\_

#### ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO:** Criança 9 anos vítima de atropelamento. Fez CT. Trauma contuso contuso em região parietal esquerda da crânio.

PRESCRIÇÃO

1) SRL 1000, digg 500 ml Gr

3) Sist TC de organos

*Dr. Rambabu  
MELCO  
CREMEG 1981*

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

## Evolução da enfermagem:

DIREÇÃO GERAL DIREÇÃO CLÍNICA DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
BOVAT CONTATO NÃO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 100 - Lote 117  
Adeona - Fortaleza / CE / CRIMBO MÉDICO



### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: LUCAS DO CARMO BENTO	ID Paciente: 5475841	
Data de Nascimento: 23/01/2007	Idade: 9 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: MARCONDÉS DINIZ	Data do Exame: 03/11/2016	
<b>LAUDO</b>		

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Parênquima encefálico com valores de atenuação normais;

Sulcos, fissuras e cisternas cerebrais de amplitude normal;

Sistema ventricular anatômico;

Linha média centrada;

Estruturas ósseas focalizadas de aspecto preservado;

Cefalhematoma subgaleal temporal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA  
5404 CRM-CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<b>05 DEZ 2016</b>
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldiota - Fortaleza / CE



• **पुस्तक विवरण का साथ**  
• **पुस्तक विवरण का साथ**  
• **पुस्तक विवरण का साथ**

Documentación Médica Móvil

RECHERCHES SUR LA

100

ದ್ವಾರಾ ನಿರ್ಮಿಸಿದ ಗೋಡೆಗಳ ಸುತ್ತ ಪ್ರತಿ  
ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಪ್ರಯೋಗ  
ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ  
NO 810 (09/49/45) ಅಧಿಕಾರದಲ್ಲಿ  
ಎಂದು T.C. ಪ್ರಯೋಗ, ಕಾರ್ಯ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ  
ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ನೈತಿಕ ಗೋಡೆಗೆ,  
ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅನುಭವಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ  
ಅಂತ ಹಾಗೂ, ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು  
ಗ್ರಾಹಕ, ಗೋಡೆಗಳ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ  
ಅನುಭವಗಳ ಕಾರ್ಯ ವಿಭಾಗ  
ದ್ವಾರಾ 306.6

Ojos/12

SRI VISHNUVARDHAN  
THE MORA GEM

04-060-004-107-100 (N USA)  
1972-07-000-000

Res. Câmbio Americano - Rio - (21) 2231-1230 / 2231-1232

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

CONTENIDO NO VERIFICADO

29 MAY 2017

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Dom Luís, 300 - Lote 147  
Altinópolis - Fone/Fax: 11/ 452-1100



República Federativa do Brasil



## Poder Judiciário

REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM-CEARÁ

Rua: Bougeval Leão, 678 Centro Fone (088)3441.0026

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

NADEDJA SARQUIS QUEIROZ ROCHA  
OFICIALA INTERINA-SUBSTITUTA

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LIVRO A-36  
N.º DE ORDEM 31.041

FLS.100

Aos 02 (dois) dia do mês de março do ano de 2007 (dois mil e sete), nesta cidade de Quixeramobim, Estado do Ceará, neste Cartório, compareceu(ram) JOSÉ VALDIR DOS SANTOS BENTO e LUZINEIDE DO CARMO ALVES, brasileiros, ele casado, ela solteira, ele encanador, ela agricultora, residentes na rua Afro Leal, nº 137, Bairro Monteiro de Moraes, Quixeramobim-Ce, abaixo assinado(s), conforme D.N.V Nº 3'339142. Declararam que no dia 23 (vinte e três) de janeiro de 2007 (dois mil e sete, às 21:45 horas, no Hospital Maternidade Jesus Maria José, em Quixadá-Ce. Nasceu LUCAS DO CARMO BENTO, do sexo masculino, filho deles declarantes, ele com 46, ela com 18 anos, de idade na época do parto. Naturais de Quixeramobim-Ce. Avós Paternos: Vicente Bento do Carmo e Marina dos Santos Bento. Avós Maternos: José Augusto Alves e Antonia Torcata do Carmo Alves. O referido é verdade, deu fé.

Quixeramobim, 02 de março de 2007.

*(Assinatura)*

NADEDJA SARQUIS QUEIROZ ROCHA  
OFICIALA INTERINA SUBSTITUTA

VÁLIDA  
SELO



Esterete M. da Silva Amaral

ESCREVENTE AUTORIZADA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Rua Bougeval Leão, 678 - Centro  
Fone: (088)3441.0026  
CEP 63800-000 - Quixeramobim-CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DINAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE



0012\*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
PÁNTHERA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**PÁTIO JOSÉ ALVES DE MORAIS**

RECENDIMENTO / CRM ALVES P.  
2001002327715 89929 000

CEP: 020.643-123-66 DATA: 06/05/1986

NOME: FRANCISCO FLÁVIO  
PONTES DE MORAIS  
MARIA DO SOCORRO ALVES  
DE MORAIS

PERÍODO: 2005/05/286 VENCIMENTO: 25/03/2011 EXPIRAÇÃO: 20/12/2007

**PROVISÓRIOS ALVES MUNICIPALIZADA:**

Permitido Operar Veículos Automotores  
DEPARTAMENTO DO ESPÍRITO SANTO

LOCAÇÃO: COLGALIN, CE DATA: 28/05/2012

08129565145  
CE129133556

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aracaju - Sergipe - CE

582695481

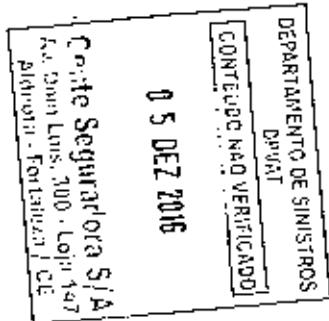
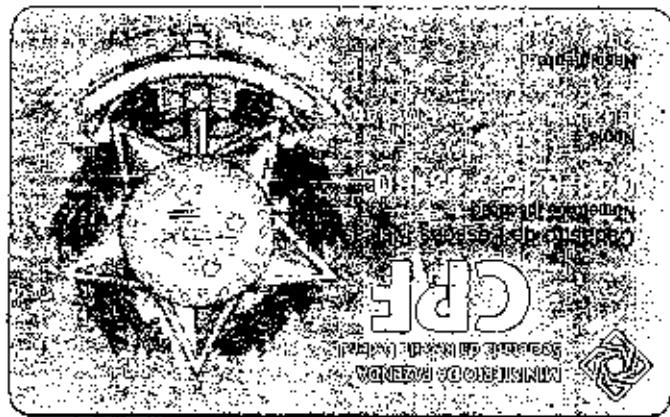
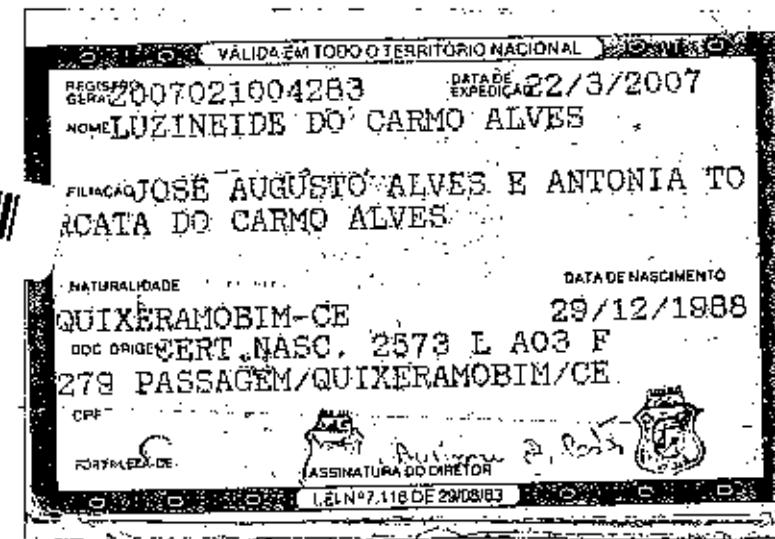
VALIDA EM TODAS AS REDEMPTIONES NACIONAIS

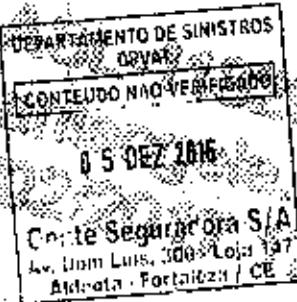
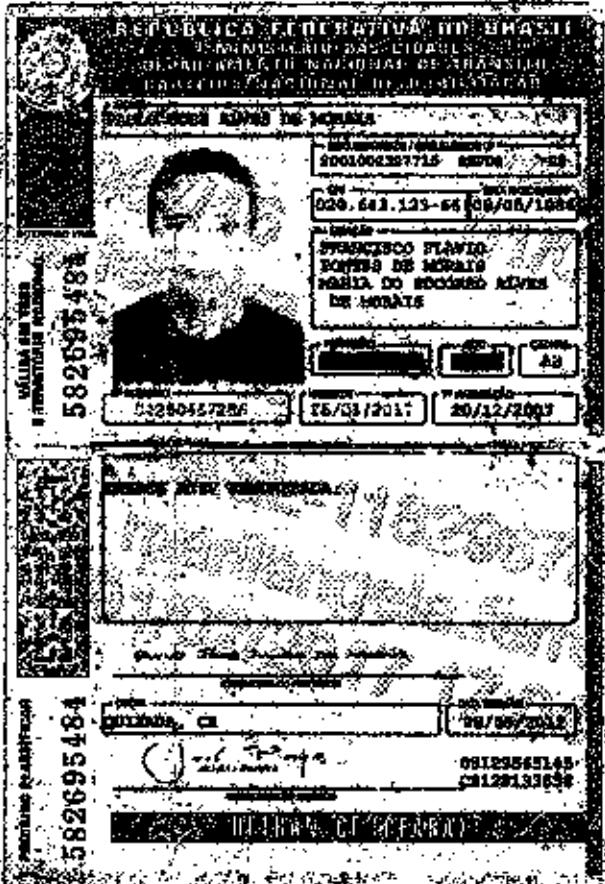
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

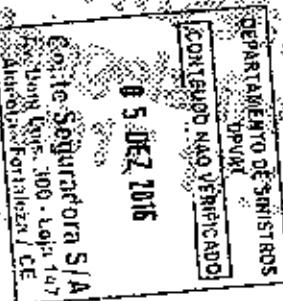
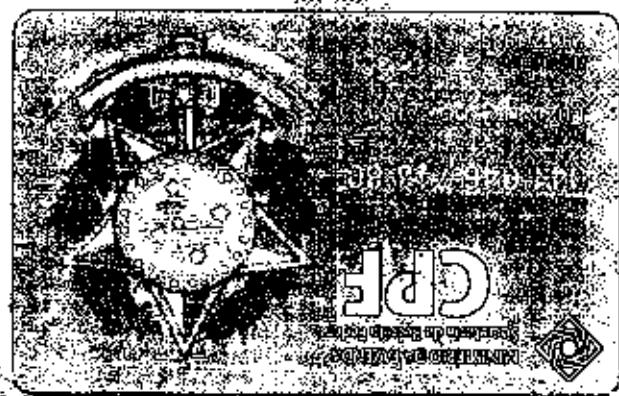
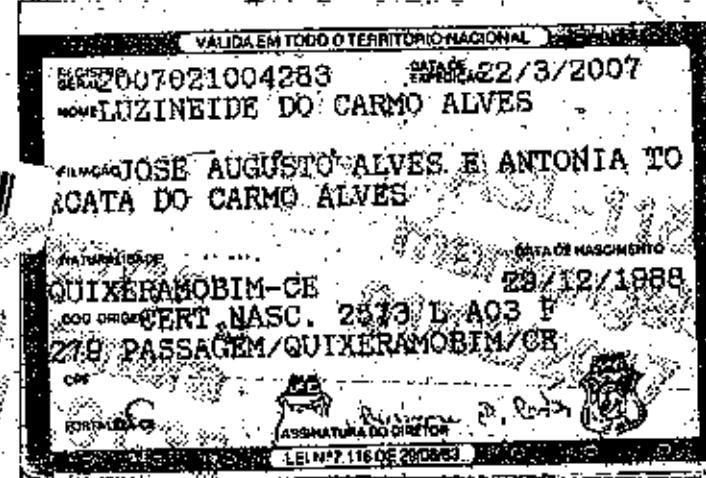
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aracaju - Sergipe - CE









# República Federativa do Brasil



## Poder Judiciário

REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM-CEARÁ

Rua: Bougeval Leão, 878 - Centro Fone (088)3441.0026

CARTÓRIO 1º OFÍCIO

NADEDJA SARQIB QUEIROZ ROCHA

OFICIALA INTERNA SUBSTITUTA

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LIVRO A-36  
N.º DE ORDEM 31.041

FLS.100

Aos 02 (dois) dia do mês de março do ano de 2007 (dois mil e sete), nesta cidade de Quixeramobim, Estado do Ceará, neste Cartório, compareceu(ram) JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO e LUZINEIDE DO CARMO ALVES, brasileiros, ele casado, ela solteira, ele encanador, ela agricultora, residentes na rua Afonso Leal, nº 137, Bairro Monteiro de Moraes, Quixeramobim-Ce, abaixo assinado(s), conforme D.N.V Nº 3339142. Declararam que no dia 23 (vinte e três) de janeiro de 2007 (dois mil e sete, às 21:45 horas, no Hospital Maternidade Jesus Maria José, em Quixadá-Ce. Nasceu LUCAS DO CARMO BENTO, do sexo masculino, filho deles declarantes, ele com 46, ela com 18 anos, de idade na época do parto. Naturais de Quixeramobim-Ce. Avós Paternos: Vicente Bento do Carmo e Maria dos Santos Bento. Avós Maternos: José Augusto Alves e Antonia Torcata do Carmo Alves. O referido é verdade. Ass. f.

Quixeramobim, 02 de março de 2007.

Quixeramobim

VÁLIDA

NADEDJA SARQIB QUEIROZ ROCHA

OFICIALA INTERNA SUBSTITUTA

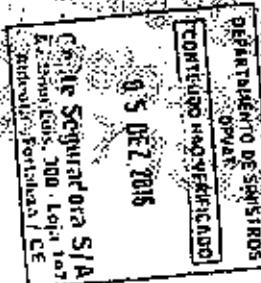
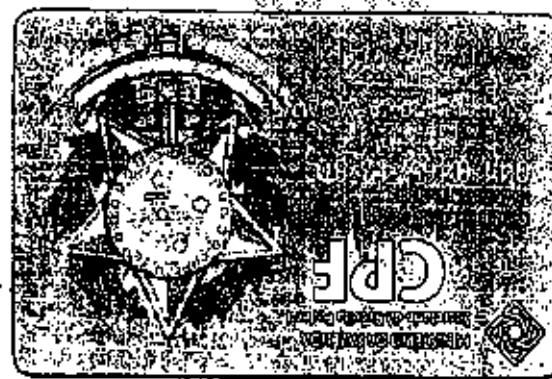
SELO

Eduardo M. da Silva Amaral

ESCREVENTE AUTORIZADO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Rua Bougeval Leão, 878 - Centro  
fone (088)3441.0026  
CEP 63300-000 - Quixeramobim-CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
CONTEÚDO: JUÍZ VERIFICADO
05-DEZ-2016
Correio Seguradora S/A
Az. Dom Lins, 300 - Lote 143
Adj. da Fazenda - Fortaleza-CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS - OPVAT  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS - OPVAT  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS - OPVAT

IDENTIFICACAO ALFREDO DE MORAES

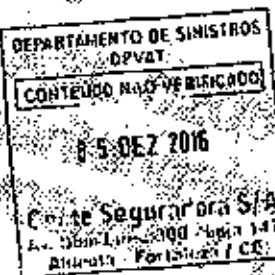
ALFREDO DE MORAES  
2001003377713 RG/SC  
020-643-133-66 0976521884  
END:  
FRANCISCO PLANTO  
POREIRA DE MORAES  
MORADA DO RODRIGO MORAES  
DE MORAES

582695484

ALFREDO DE MORAES

ALFREDO DE MORAES  
20/05/2016  
06128565143  
06128023300

582695484



Carte Seguradora S.A.  
Av. das Américas, 300 - Centro  
Fortaleza - Ceará - CEP 62010-000

05 DEZ 2016

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - CE** N° C12261284220  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO**

VIA: RUA RENAVAM - PRAFIC: EXERCÍCIO:  
PFT: 01 003718 1942 CNPJ: 0000000001 2015

NAME: CARLA ALEXANDRA DE MEDEIROS LIMA  
NASCIMENTO: 01/01/1988

CPF/CNPJ: 65476820077 / PLACA: NEQ9560/CE

PLACA ANT.: 935-1110AP/194106

ESPECIE/TIPO: FABRICATÓRIAS/PILOTOS

MARCA/MODELO: CHEVROLET CLASSIC

CAP/POV: 09/76CV/1000CC CATEGORIA: PARTIC.

COA UNICA: VENC. DATA UNICA: VENC. DATAS:

FABR. ANO: 2009 | DATA: 01/01/2010 COR PREDOMINANTE: PRETA

PRÉMIO TARIIFÁRIO: IDF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: FORTALEZA | DATA: 14/12/2015

1º Ponto: Superintendente DETAN-CE

ESTE DOCUMENTO INDICA OS DADOS DO VÉHICULO CADASTRADOS NO SISTEMA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULOS DA POLÍCIA FEDERAL DO BRASIL.

CE N° C12261284220 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO  
WWW.DPVAT.COM.BR/CONDIÇÕES-DE-CONTRATO

SAC DPVAT (0800 022 1234)

SELEÇÃO: 100% PISAR  
ANO: 2015 | DATA: 14/12/2015

VIA: RUA RENAVAM - PRAFIC: EXERCÍCIO:  
PFT: 65476820077 / PLACA: NEQ9560/CE

PLACA ANT.: 935-1110AP/194106

MARCA/MODELO: CHEVROLET CLASSIC

CAP/POV: 09/76CV/1000CC CATEGORIA: PARTIC.

COA UNICA: VENC. DATA UNICA: VENC. DATAS:

FABR. ANO: 2009 | DATA: 01/01/2010 COR PREDOMINANTE: PRETA

PRÉMIO TARIIFÁRIO: IDF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO:

PAGAMENTO: PARCELADO

DATA DE OBTENÇÃO: 10/12/2015

SEGURADORA LÍDER: DPVAT  
CNPJ: 00.226.000/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: 982047700

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**

DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2017

SENTE SEGURADORA SIA

**DPVAT**

SENTE SEGURADORA SIA

Av. Presidente Vargas, 100 - Lugar 101  
Alegrete - Rio Grande do Sul

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO**

DETTRAN - CE  
CE N° 012261286220

PLACA: 001780541 | ANO: 2015

CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA  
FORTALEZA - CE

2014/05/01 | 2015/04/04 | COMBUSTÍVEL: GÁSOLINA / ALCOOL

MARCA/MODELO: CHEVROLET CLASSICO | ANO FAB.: 2009 | ANO MOD.: 2010

CPF/POTIGUAR: 38/7800/100000 | CATEGORIA: P/ARTIC | COR PRINCIPAL: PRETA

COTA ÚNICA	VENTO: COTA ÚNICA	VENDO: COTA ÚNICA
PARCELAMENTO: COTA ÚNICA	VENTO: PARCELAMENTO	VENDO: PARCELAMENTO

PREÇO TARIIFARIO: R\$ 1.000,00 | PREÇO TOTAL: R\$ 1.000,00 | DATA DE PAGAMENTO: 14/12/2015

DATA DE EMISSÃO: 14/12/2015 | LOCAL: FORTALEZA | DATA: 14/12/2015

Por: Sônia  
Superintendente | Detran/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br)  
SAC DPVAT 0800 0211204

EXERCÍCIO: 2015 | DATA EMISSÃO: 14/12/2015

CPF/CNPJ: 01-76476620377 | INSCRIÇÃO: 001/1605943 | MARCA/PRODUTO: CHEVROLET CLASSICO

ANO FAB.: 2009 | ANO MOD.: 2010 | COR: PRETA | PLACA: 2014/04/04

**PRÉMIO TARIIFARIO:**

100% VENDO	100% VENTO	100% VENDO
------------	------------	------------

**VALORES DE VENDA:**

100% VENDO	100% VENTO	100% VENDO
------------	------------	------------

**VALORES DE VENTO:**

100% VENDO	100% VENTO	100% VENDO
------------	------------	------------

**VALORES DE VENDO:**

100% VENDO	100% VENTO	100% VENDO
------------	------------	------------

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ: 05.248.600/0001-04  
[www.seguradolarider.com.br](http://www.seguradolarider.com.br)

MOTOR: SB0047708 | DATA: 14/12/2015



A Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

## DECLARAÇÃO

Eu, Luzinide do Carmo Aluis portador da carteira de identidade nº 2007021004283 e inscrito no CPF sob o nº 041.046.313-80.

Residente e domiciliado na Rua Maria José Leutinha

Cidade: Quixadá Estado: Ceará, declaro, sob as penas de lei, que estou

impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada 1/1/16 Data de Saída 1/1/16  
Localizado em:

O hospital se nega a disponibilizar a CXerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dovat, 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 enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Luzinide do Carmo Aluis

Assinatura do Declarante

Quixadá-mirim-le

25 / 11 / 16

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Centro Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Planoalto - Fortaleza / CE

## Declaração

Eu, Luzinéide do Carmo Bento, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em 1/1/2016 fui socorrido por  
Populares Telefone: (88) 3441-3521 e levado ao  
hospital: Regional Dr. Penteado Neto.

Declaro que 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 declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

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

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Buzinamblum UF: PE Data: 25/11/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Maceió - Alagoas / CE

Luzinéide do Carmo Bento

## REVISAO DE PROCESSO

Eu Bucos do Carmo Bento

Portador do RG

Inscrito no CPF

Com o endereço na Rua/Trav. Rua Maria Jose Coutinho - 683  
Bairro Conjunto Esperança cidade Quixadá/CE

UF CE venho através desta carta requerer aos senhores revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Dianta das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o medico auditor da seguradora líder para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

01/02/2017

Atenciosamente,

Bucos do Carmo Acus

0029-  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

02 FEV 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14  
Aldrota - Fortaleza / CE

**REVISAO DE PROCESSO**



Eu Fábio dos Santos Bento

Portador do RG 1103 Pernui

Inscrito no CPF 1103 Pernui

Com o endereço na Rua/Trav. Rua Maria Jose Gudinhe

Bairro Porjunto Arapuaneca, cidade Almadaamolim

UF PE venho através desta carta requerer aos senhores revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de transito.

**Djante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auditor da seguradora, para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2017
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZACE

Atenciosamente,

Albuquerque dos Santos Alvaro

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Alduba - Fortaleza / CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170359596      **Cidade:** Quixeramobim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS DO CARMO BENTO      **Data do acidente:** 03/11/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM CEFALOHEMATOMA À ESQUERDA.

**Descrição do exame** VÍTIMA É CRIANÇA COM QUEIXAS DE CEFALÉIA E FOTOFOBIA. A MÃE REFERE PERDA DE RENDIMENTO ESCOLAR,  
**médico pericial:** INSÔNIA PELA CEFALÉIA, IRRITABILIDADE E DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO NEUROLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE NEURO E ALTA COM DANO FUNCIONAL.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME : Lauzinide de Carvalho Alves

NACIONALIDADE : Brasileira

ESTADO CIVIL : Solteira

PROFISSAO : Agropecuária

Nº DO RG: 2007021004283 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

Nº CPF : 041.046.733-80

ENDERECO : Rua Maria Jose Lautinho - 683 - Guaranandiba - Ce.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Centro Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aeroporto - Fortaleza - CE

DATA DE EMISSÃO : 22/03/2007

### OUTORGADA :

NOME : Paulo José Alves de Moraes

NACIONALIDADE : Brasileiro

ESTADO CIVIL : Solteiro

PROFISSAO : Recreio, se informar

Nº DO RG: 2001002327115 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

Nº CPF : 020.643.123-66

ENDERECO : Sj. Projeto Agropecuário Guaranandiba - Ce.

DATA DE EMISSÃO : 14/02/2005

### PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT por Imobiliz, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Guaranandiba, 30 de 11 de 2016.

Lauzinide de Carvalho Alves  
Assinatura

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL Ofício de Passagem Guaranandiba - Ce	Reconheço verdadeiros (firmar): <u>Autorizou-se</u> <u>Lauzinide de Carvalho</u> <u>Alves</u>
Dou Fe. Passagem <u>21/11/16</u> Em test. <u>02</u> da verdade. <u>aparecida</u>	
Márcia G. S. Martins de Brito Oficial do Registro Civil	



Obs - Reconhecimento por autenticidade.



*Cambridge University Press*

## **PROCURACÃO**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

ПРИЛОЖЕНИЯ

**UFSC**

0-5-067-2916

C.pte Seguradora S/A  
Av. Jânio Quadros, 100 - Loja 397  
Av. Presidente Dutra - Fortaleza - CE

## OUTORGANIE

NAME Yvonne de Garmo Quigley

NACIONAL IDAPE - Campamentos

**NACIONALIDADE: Colômbia  
ESTADO CIVIL: Solteiro**

ESTADO CIVIL: Casado

Nº DO RG: 2003011004283 ORGÃO EMISSOR: S5PILE

DATA DE EMISSÃO : 22/03/2004

Nº CPE: 091-N46-213-80

ENDEBECO: Bus. B-110

Nº CPF: 641.846.735-00  
ENDERECO: Rua Maria José Coutinho, 683 - Auxerameium -

OUTORGADA:

NAME: Paula José Oliveira de Moraes

NACIONAL IDADE: Vinte e um anos

**NACIONALIDAD : EDUARDO  
ESTADO CIVIL : Soltero**

PROFISSAO: Repunhar-se informar

Nº DO RG: 2001002527115 ORGÃO EMISSOR: SSP/DS/IEC - DATA DE EMISSÃO: 14/10/2005

Nº CPF : 020.643.323-66

**ENDERECO:** Rua Pedro Góes número

*...the first time I ever saw him, he was sitting in a chair, holding a book, and looking very serious.*

PODERES

Para requerer o seguro DPVAT por mais de 12 dias que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo maior, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

## Assinabura

## Assinatura

**Obs.: Reconhecimento por autenticidade.**

RECOGHECO VERDADEIRA(S) FIRMA(A):  
Autorizada  
Liquidez locutor  
ATVOS  
Dou Pe. Passos 2016/166  
em 10 de setembro de 2016  
na verdade  
WILSON BRITO  
Maria do Rosário Brito de Brito  
Assistente Social - CRAS  
CRISTÓVÃO DE REGISTRO CIVIL



## PROCURAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

05 DEZ 2015

E.P.I. Seguradora S/A  
Lc. Dom Luis, 300 - Lote 143  
Bairro: Fortaleza - CE

### OUTORANTE:

NOME: Louzende do Carmo Alves

NACIONALIDADE: Brasileiro

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSAO: Agricultor

Nº DO RG: 2007021004239 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

DATA DE EMISSÃO: 22/03/2007

Nº CPF: 041.046.713-80

ENDERECO: Rua Maria Jose Ladinha - 683 - Quixeramobim-CE.

### OUTORADA:

NOME: Paulo José Alves de Moraes

NACIONALIDADE: Brasileiro

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSAO: Revisor se informar

Nº DO RG: 2003002327115 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2005

Nº CPF: 020.643.123-66

ENDERECO: R. Protó Góspitavari Quixeramobim-CE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por louzende, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Florianópolis-SC 30 de 11 de 2016

Louzende do Carmo Alves  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

Reconheço verdadeiramente a firma:  
Avaliada  
Louzende do Carmo  
Assinante:

Cartório de REGISTRO CIVIL  
Distrito Integrado de Gestão  
Cidadãos - Ceará  
Data: 30/11/2016  
Onde: Passagem  
Endereço: Centro da verdade.  
Município: Fortaleza  
UF: Ceará  
Poderes: Executar atos de Balcão  
Assunto: Procedimento Civil



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

---

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

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS DO CARMO BENTO** Sinistro: **3170359596** Data: **03/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a):  
**RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683, CASA - CONJUNTO ESPERANCA - Quixeramobim - CE - CEP 63800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **REG CIVIL/CE** ] **31041**

Data local do exame: [ **07/08/2017** ] **Boa Viagem** [ **CE** ]

**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)  
**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM CEFALOHEMATOMA À ESQUERDA. VÍTIMA É CRIANÇA COM QUEIXAS DE  
CEFALEIA E FOTOFOBIA. A MÃE REFERE PERDA DE RENDIMENTO ESCOLAR, INSÔNIA PELA CEFALÉIA, IRRITABILIDADE E  
DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO.**

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO NEUROLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE  
NEURO E ALTA COM DANO FUNCIONAL.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Dano neurológico**

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

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

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

(    ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

(    ) "Sem sequela permanente" (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):  
**Sistema Nervoso Central**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

(    ) Total = "100% da IS"

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

  
Casemiro Dutra de M. Junior  
CREMERC 6818 CRM 128.879-89-27  
MÉDICO