

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**

**Vítima: 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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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 início 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 início 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 nº: 11498842

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.: 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 autônoma 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## 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.

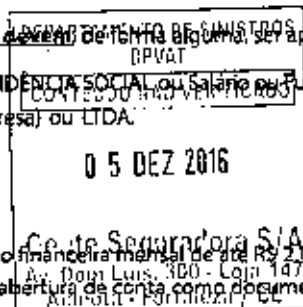
EU, Rozineide da Lanna AlvesPORTADOR(A) DO RG Nº 2007021004283EXPEDIDO POR SSP/LEEM 22/03/2007 ECPF 041046413-80 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO Agricultora

E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rozineide da Lanna 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** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](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.



**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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 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.

Assinatura em 25 de novembro de 2016

LOCAL E DATA

Rozineide da Lanna Alves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

CAIXA Lot

CAIXA Loterias

terias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

321-730585602-0

16/NOV/2016

HORA DE 11:32:27

LOT: 05.14947-4

TERM: 012306

LOCALIDADE: QUIXERAMOBIM

REG. VINCULADA: 2843

CONTROLE: 574526929

DEPOSITO EM DINHEIRO

2843 013 80026076-3

LUZINEIDE DO CARMO ALVES

VALOR

2843

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

321-730585602-0

em VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Conte Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1-7  
Alorita - Fortaleza - CE



Seguradora Líder - DPVAT

## 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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Luizineide do Carmo AlvesPORTADOR(A) DO RG Nº 2001621084233EXPEDIDO POR SSP/PEEM 22/03/2007CPF 041046313-80 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO ComercianteE RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luizineide do Carmo Alves AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susop 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 de 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 funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem 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 POUQUANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiária.

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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIESCO, ITAU, 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) 026046-3

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.

Assinatura em 25 de novembro 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 legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

CAIXA LOT

CAIXA LOT

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
321-730585602-0

16/NOV/2016

HORA DE 11:32:27

LOT: 05.14947-4  
LOCALIDADE: QUIXERAMOBIM  
RD. VINCULADA: 2843

TERRA: 012900  
CONTROLE: 574526525

DEPOSITO EM DINHEIRO

2843 013 00026076-3

LUZINEIDE DO CARMO ALVES

FLOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

321-730585602-0

CAIXA VIA

CAIXA

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

ASL-1182967/16  
marileneia.ferreira  
01/02/2017 17:00:20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTABILIZADO E RECORRIDO  
05 DEZ 2016  
Cite Seguradora S/A  
Av. Dom Luís 388 - 4.º andar  
Alameda - Fortaleza - CE





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 Luizmar de Lima AlvesPORTADOR(A) DO RG Nº 2003021004283EXPEDIDO POR SSPIREEM 22/03/2003CPF 041046313-80 / CNPJPROFISSÃO ContadorE RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luizmar de Lima Alves 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 consultar o cadastro de todas as pessoas envolvidas na pagamento da indenização. Para 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 Seguro Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 003 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operacional da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 200,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesses momentos revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, por meio de comprovante das ações benéficas);
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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) 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 COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assinatura em 25 de novembro 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 ao/a legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$3.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o tabelão de seguro previsto na Lei 11.941/2009) 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-0208102/17  
MONTAGEM FERRAGEM  
23/08/2017 12:58:39

ASL-0208102/17  
MONTAGEM FERRAGEM  
23/08/2017 12:58:39

CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias

CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias  
CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
321-73058562-0-

16/NOV/2016 HORA DE: 11:32:27

LOT: 05.14947-4  
LOCALIDADE: QUIXERAMOBIM  
NO. VINCULADA: 2843 CONTROLE: 524526925

DEPOSITO EM DINHEIRO

2843 013 00028076-3

LUZINEIDE DO CARMO ALVES

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

321-73058562-0

DE VIA

ASL-0208102/17  
MONTAGEM FERRAGEM  
23/08/2017 12:58:39

ASL-0208102/17  
MONTAGEM FERRAGEM  
23/08/2017 12:58:39

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
-OPVAT  
CONTUDO NAO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Cente Seguradora S/A  
Av. Duque Lourenço, 100 - Lapa, RJ  
atendimento - Fone: 21-2500.1111



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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)**

37.2122

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)**

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**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVST

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

UF:

Cente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1-17  
CEP: Fortaleza - Fortaleza / CE

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NPQ9560** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9BGSA1910AB154106** Renavam: **171605942** Tipo do Veículo:  
**AUTOMOVEI** 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

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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*

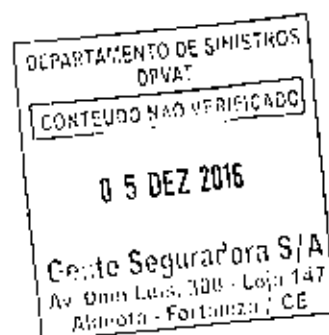
**GRAZIELY PIMENTEL MESQUITA - MAT.: 300657-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Fauzineide do Carmo Alves*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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





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

Governo do Estado do Ceará  
 Secretaria da Segurança Pública e  
 Defesa Social - SSPDS  
 Departamento de Polícia do Interior  
 12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE  
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ  
 Fone: (88) 3441-0302

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 3587 / 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)**

Nome: **LUCAS DO CARMO BENTO**  
 Nascimento: **02/03/2007** CPF:  
 RG: Orgão Emissor:  
 Filiação: **JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO**  
 Endereço: **RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**  
 Bairro: **CONJUNTO ESPERANÇA**  
 Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
 País: **BRASIL**

UF: **CE**  
 CEP: **335733**

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

**Noticiante(s)**

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**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 UPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016 UF: **CE**

Corde Seguradora S/A  
 Av. Douglas Lima, 300 - Loja 147  
 CEP: 33573-330 - Fortaleza - CE

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

**Dados do(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

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:**

*Salviano de Pádua Saldanha Freire*

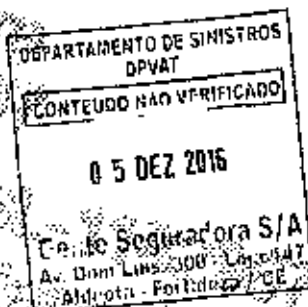
**VISTO DO DELEGADO(A):**

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

ASL-1182967/16  
marthangela.ferreira  
01/02/2017 16:54:07

ASL-1182967/16  
marthangela.ferreira  
01/02/2017 16:54:07

ASL-1182967/16  
marthangela.ferreira  
01/02/2017 16:54:07



ASL-1182967/16  
marthangela.ferreira  
01/02/2017 16:54:07

ASL-1182967/16  
marthangela.ferreira  
01/02/2017 16:54:07



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

Governo do Estado do Ceará  
 Secretaria da Segurança Pública e  
 Defesa Social - SSP/SS  
 Departamento de Polícia do Interior  
 12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE  
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ  
 Fone: (88) 3441-0502

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 3587 / 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)**

**Nome: LUCAS DO CARMO BENTO**  
**Nascimento: 02/03/2007** CPF: **0206192117**  
**RG:** **0206192117** **UF: 362887**  
**Filiação: JOSE VALDIR DOS SANTOS BENTO**  
**Endereço: RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**  
**Bairro: CONJUNTO ESPERANÇA**  
**Município: QUIXERAMOBIM/CE**  
**País: BRASIL** **CEP: 370273**  
**Telefone: (88) 99448-7724**

**Noticiante(s)**

**Nome: LUZINEIDE DO CARMO ALVES**  
**Nascimento: 29/12/1988** CPF: **05052016**  
**RG:** **05052016** **UF: 05052016**  
**Filiação: ANTONIA TORCATA DO CARMO ALVES**  
**JOSE AUGUSTO ALVES**  
**Endereço: RUA MARIA JOSE COUTINHO, 683**  
**Bairro: CONJUNTO ESPERANÇA**  
**Município: QUIXERAMOBIM/CE**  
**País: BRASIL** **CEP: 370273**  
**Telefone: (88) 99448-7724**

**Dados do(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 parietal esquerda do crânio, conforme prontuário médico; QUE foi atendido**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 3687 / 2016**

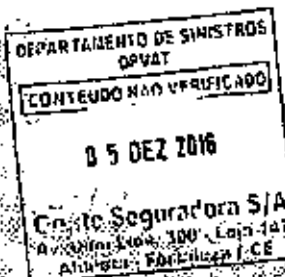
pelo médico Ramiro Rolim, CREMEC: 17781, QUE aproximadamente às 12h do mesmo dia LUCAS foi transferido para o Instituto Dr. José Frota - IJF, em Fortaleza para concluir tratamento; QUE nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luiz Vinícius de Castro Alves

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





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ruzineide 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 José Bastião, Cidade Quixeramobim, 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.

Ruzineide do Carmo Alves

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Quixeramobim - CE, 25/11/2016

Local e data

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Outra

Eu, Luizineide da Lamma Alves, portador da carteira de identidade nº 2004021004233 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.046.713-80, residente e domiciliado na Rua Maria José Castanho, Cidade Guaranandum, 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 impugnar, caso discorde do seu conteúdo.

Luizineide da Lamma Alves

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Guaranandum - Ce, 25/11/2016

Local e data

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Luizneide da Luz Almeida, portador da carteira de identidade nº 2007021004283 e inscrito no CPF/ME sob o nº 041.046.713-80, residente e domiciliado na Rua Maria José Lantinho, Cidade Quixeramobim, 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luizneide da Luz Almeida

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Quixeramobim - CE, 25/11/2016

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Com. Seguradora S/A Av. Dom Luís, 100 - Lapa 147 Atibaia - 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 Nº 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 CARVALHO ALVES  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: 1/1/1989 IDADE: 27 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUCINDA DE CARVALHO ALVES  
NATURALIDADE: CARIACI  
PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ENDEREÇO: R. MACIELA, 600 BAIRRO: C. ESCALVADA CEP: 63.800-000  
CIDADE: CARACI ESTADO: CE TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

*[Assinatura]*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 90 mmHg SPO<sub>2</sub>: 98% FC: 70 bpm FR: 18 ipm T: 36,5 °C PESO: 65 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"/> Queimaduras graves; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnósticas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas diagnósticas; <input type="checkbox"/> Hemorragia intracranial; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos graves;	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vomito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente - sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Bronco espasmo	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escultadas; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vital; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina;

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MEDICO DE ASSISTÊNCIAS DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTOS DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Conte Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 101  
Atitude - Fortaleza / CE

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

DATA: 03, 11, 16

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

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

PRESCRIÇÃO:

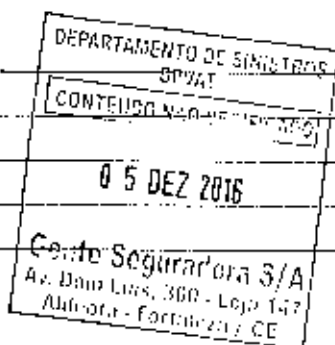
1) SRL 1000, dige 500 ml EV

2) Rx TC de crânio

Dr. Ramiro Rolim  
MÉDICO  
CREMEC: 19781

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:



DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



"0002"

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: 03/11/2015 HORARIO: 22:14 ATENDIMENTO Nº: 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 ALMEIDA  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: 11/08/1989 IDADE: 26 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUCINEIDE DE CARVALHO  
NATURALIDADE: CADA PROFISSÃO: FOTÓGRAFO  
ENDEREÇO: R. M. J. C. e S. J. 685 BAIRRO: ESPERANÇA CEP: 63.800-000  
CIDADE: CAJUMA ESTADO: CE TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

Assinatura Paciente / Responsável

PA: 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
Politraumalismo/TCE; Queimaduras graves; Coma ou alteração de consciência; Lesão da Coluna Vertebral; Desconforto Respiratório grave; Dor no peito + cianose + alta de ar; Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30min; Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; Crise convulsiva; Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas; Parada Cardiorrespiratória; Alterações SSVV + sintomas diagnosticadas; Hemorragia intróclada; Fraturas abertas;	Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desinibição; História de convulsão; Dor torácica intensa; Crise asmática ou desconforto respiratório; Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; Epistaxe; Dor forte de qualquer natureza; Sangramento vaginal com dor abdominal; Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; Febre alta (39-40°C); Luxações, entorse + dor intensa; Acidente por animais domésticos; Branco estomaco.	Idade superior a 60 anos; Pacientes escottados; Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; Asma fora da crise; Enxaqueca; Dor ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alterações sinais vital; Sangramento vaginal sem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abscessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite.	Queixas sem alterações agudas; Procedimentos como curativo, troca ou reposição de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina;

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

MEDICO DE ASSISTENCIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05-DEZ-2016

Gratite Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 14  
Aldoberto - Fortaleza - CE

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

DATA: 02/12/2017 HORA: 16:58:17

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Gravida 9 anos vítima de atropelamento  
e trauma com contusão em região parietal esquerda  
do crânio

PRESCRIÇÃO:

1) SRL 1000, dige 500 ml GV

2) Del TC de crânio 16:58:17

Dr. Antônio Rolim  
MÉDICO  
CREMEC 14781

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Cento Seguradora S/A
Av. Delfino, 100 - Lq. 1147
Aldeias, Fortaleza, CE

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

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: 12:14

ATENDIMENTO Nº 124

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

DADOS DO PACIENTE:

NOME: LUCAS DE OLIVEIRA DE SOUZA

SEXO: M

DATA NASCIMENTO: 01/01/1989

IDADE: 27

ESTADO CIVIL: Solteiro

MÃE: LUCINEIDE DE OLIVEIRA SILVA

NATURALIDADE: Ceará

PROFISSÃO: Estudante

ENDEREÇO: R. M. J. S. Costa, 600

Bairro: Esperança

CEP: 63.800-000

CIDADE: Aracaju

ESTADO: SE

TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO (X)

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 110 mmHg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 72 bpm FR: 16 ipm T: 36,5 °C PESO: 65 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 05 MINUTOS	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
Politraumatismo/TCE	Cefaleia súbita	Idade superior a 60 anos	Queixas sem alterações agudas
Quelbra de ossos	Sangramento progressivo	Pacientes estomacados	Procedimentos como curativo, troca ou reposição de retelas, medicalização de resultado de exames, solicitação de atestados médicos
Coma ou alteração de consciência	Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desorientação	Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação	Demais situações não enquadradas anteriormente
Lesão da Coluna Vertebral	História de convulsão	Asma fora de crise	Uso de benzilpenicilina
Desconforto Respiratório Grave	Dor torácica intensa	Enxaqueca	
Dor no peito + cianose + alto de ar	Dor torácica intensa	Dor abdominal moderada a grave	
Vômito + perda consciência + dor lateral por mais de 30min	Crise asmática ou desconforto respiratório	Dor abdominal sem alterações sinais vitais	
Perfuração no peito, abdômen ou cabeça	Diabetes + sudorese	Sangramento vaginal sem dor abdominal	
Crise convulsiva	Alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquicardia, taquicardia	Vômito e diarréia sem sinais de desidratação	
Intoxicação exógena ou entupidas de suicídio	Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos	Abscessos	
Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar	História recente de melena ou hematemese ou enterorragia	Distúrbios neurovegetativos	
Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas	Epistaxe	Lombalgia intensa	
Parada Cardiorrespiratória	Dor forte de qualquer natureza	Intercorrelações ortopédicas	
Alterações SSVV + sintomas diagnosticados	Sangramento vaginal com dor abdominal	Gastroenterite	
Hemorragia não diagnosticada	Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave		
Fratura	Febre alta (38 - 40°)		
	Taxação, entorse + dor intensa		
	Acidente por animais peçonhentos		
	Brânco espasmo		

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

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO  
OPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

0-5 DEZ 2016

Gratuito Seguradora S/A  
Av. B. Lins, 100 - Lda. 147  
Aracaju - Sergipe - CEP



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

DATA: 05/12/2016 HORA: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Gravida 3 anos vítima de atropelamento  
e el. Trauma com contusões em região parietal esquerda  
do crânio.

PRESCRIÇÃO:

1) SRL 1000, diluir 500 mL EV

2) Sol TC de crânio

Dr. Raimundo  
Médico  
CREMEC 10751

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO 11/11/2016
05 DEZ 2016
Co. de Seguradora S/A
Av. Dom Exp. 3111 - Conj. 147
Aldoro - Fortaleza - 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: 000000026076-3

---

Nr. da Autenticação 98CC7AC48093B45F

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Paulo José Alves de Moraes

RG nº 200100232415 data de expedição 14/02/16, Órgão SSPD/PE,

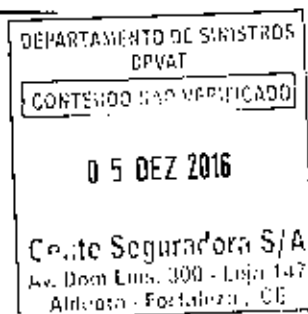
CPF nº 020.643.123-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Ponto Agropesuario</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>laxa</u>
Bairro	<u>Distrito de Parangem</u>
Cidade	<u>Guixaramobim</u>
Estado	<u>Perná</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: Guixaramobim-PE, 30/11/2016

Assinatura do Declarante: PAULO JOSÉ ALVES DE MORAIS



Nº DO CLIENTE

7520245-0

Para regularizar o abastecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Rua Padre Valdeirino, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.949-3

coelco

Origem: 0000

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.949-3

Rota 22 28036 06 008000 - 4 Data de Emissão 05/10/2016

Nome ANTONIA KATIA NOBRE VIEIRA

End. Postal FZ POSTO AGROPECUARIO 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

TÍTULOS			MÊS DE CANCELAMENTO DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Letramento	Veja a legenda no verso desta conta.		
Out/2016	05/10/2016	04/11/2016	Conjuntos QUIXERAMOBIM		
			Mês	Agos/2016	05/10/2016

Base de Cálculo (R\$)			Potência Instalada			Apuração Individual		
Alíquota	Valor do Imposto		Mensal	Trib.	Anual	Mensal	Trib.	Anual
152,00		DIC	8,07	21,74	43,49	0,24	0,00	8,88
		FIC	7,74	25,49	38,98	1,00	0,00	8,00
		DMIC	0,88			0,24		

VALOR DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Cons.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Incl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
2520	2371	1,88	129	8,88	129	0,3699	46,05		
05/10/16	02/09/16		33 DIAS		129				

VALOR CONSUMO DO MES 46,05  
JUROS DO MES 0,13

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
Consumo do Valor de Consumo		Consumo do Valor de Consumo	
Energia	27,59		
Transmissão	0,62		
Distribuição	2,66		
Encargos Setoriais	4,98		
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,13		
TOTAL	46,05		

Compensação de Emissões de CO <sub>2</sub> (kg)			Consistência Energética (% CO <sub>2</sub> )		
Emissão kg(CO <sub>2</sub> )	Compensado kg(CO <sub>2</sub> )		Cons.		
55,75	0,00		0		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
VISO DE DEBITO VENCIDO:		05/2016	
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 46,63. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.		Valor R\$ 46,63	

India desta fatura R\$ 3,13 referente a PIS e COFINS.

Art. 9º da Lei 9.430/96 - ANEL e Lei 11.106/07 art. 20, inciso III

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

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



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luzineide do Carmo Alves

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

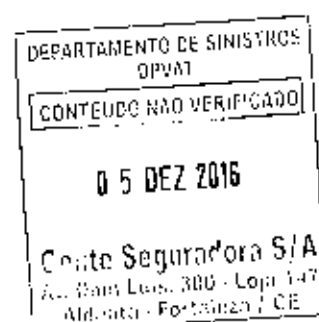
CPF nº 041.046.713-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Jose Coutinho</u>
Número	<u>683</u>
Apto / Complemento	<u>Paxa</u>
Bairro	<u>Conjunto Esperança</u>
Cidade	<u>Guiricema</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: Guiricema - CE, 25/11/2016

Assinatura do Declarante: Luzineide do Carmo Alves



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Corte Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Lupa 1-47  
Aldrota - Fortaleza / CE

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

0015  
0015

Eu, Paulo José Alves de Moraes

RG nº 2001.003323315 data de expedição 14/02/16, Órgão SSP/DS/EC

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>R. Ponta Copacabana</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>Box</u>
Bairro	<u>Distrito de Parangaba</u>
Cidade	<u>Guaxarambim</u>
Estado	<u>Perná</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521 / (88) 988583981 / (88) 992451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guaxarambim - PE 30/11/2016

Assinatura do Declarante: Paulo José Alves de Moraes

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
05-DEZ-2016  
Co. de Seguradora S/A  
Av. ... 100 - Loja 147  
Ald. ... Fortaleza - CE







Declaração Original SUSEP-245/12  
11/02/2017 17:00:56

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luzinete do Carmo Alves

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

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:

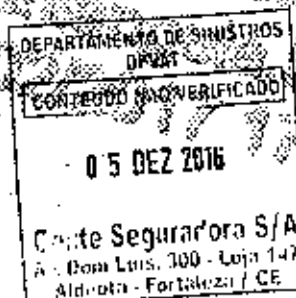
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria José Bastinho</u>
Número	<u>633</u>
Apto / Complemento	<u>Parr</u>
Bairro	<u>Conjunto Imperador</u>
Cidade	<u>Guaranomirim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)34413521 / (88)988681987 / (88)992451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guaranomirim - CE, 25/11/2016

Assinatura do Declarante:

Luzinete do Carmo Alves





0006818188 00020 39227 42



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eugeneide do Carmo Alves

RG nº 2004021004281, data de expedição 22/03/2003 Órgão SSP/PE

CPF nº 041.046.115-80, 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:

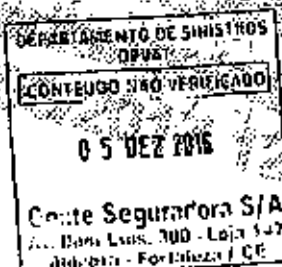
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Jose Loureiro</u>
Número	<u>683</u>
Apto / Complemento	<u>Paxa</u>
Bairro	<u>Conjunto Esperança</u>
Cidade	<u>Guaranomirim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521 / (88) 988681987 / (88) 952451228</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guaranomirim, PE, 25/11/2016

Assinatura do Declarante:

Eugeneide do Carmo Alves





# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Paulo José Alves de Menezes

RG nº 2001007323315 data de expedição 14/02/16 Órgão SSP/DS/RE

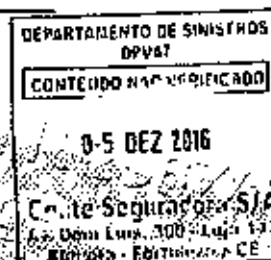
CPF nº 020.643.133-66 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Ponto Oropenduro</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Distrito de Paranaagem</u>
Cidade	<u>Quixeramobim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 34413521 / (88) 988581984 / (88) 992951228</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixeramobim, 30/11/2016

Assinatura do Declarante: Paulo José Alves de Menezes



[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
ORÇAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ-2018

Empreendimento S/A  
Av. Dom Lúcio, 100 - Lapa, RJ  
Akkota - 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 Moraes, portador(a) do

RG nº 2001002327715, expedido por SSP/DF/RE, em

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

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

da Larmo Alves do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Lucas da Larmo Bente, e conforme

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

Profissão: Receita de Informan Renda Mensal: R\$ Receita de Informan

Documentos comprobatórios:

PAULO JOSÉ ALVES DE MORAIS

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2016

Co:te Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Luj: 147  
Aldrota - Fortaleza / CE



+0030+  
 Bureau des Douanes

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

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.

\* 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;

RG nº 2001602323115, expedido por SSPD/SP/CG, em

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

do larame Gluero do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Luciano de Carmo Bento e conforme

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

Profissão: Pequeno-de-investidor Renda Mensal: R\$ Pequeno-de-investidor

**Documentos comprobatórios:**

PAULO JOSE ALVES DE ARAUJO  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
COFVAT  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
8-5-DEZ-2016  
Conte Seguradora S/A  
Av. Dom Elói, 300, Loja 1-17  
Aldobro - Fortaleza - CE

## ANEXO II



### DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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\*.

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

\* 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 Menezes, portador(a) do

RG nº 200100232115, expedido por SSP/DF, em

UF DF, 02/12/2016, CPF/CNPJ nº 020.643.123-66

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

da Lamma Alves do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ruean da Lamma Bento e conforme

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

Profissão: Receita de Imposto Renda Mensal: R\$ Receita de Imposto

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Paulo José Alves de Menezes  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Gerente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 74 Aparecida - Fortaleza - CE



03.01.06.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 03/11/16

HORÁRIO: 07:14

ATENDIMENTO Nº. 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 ALMEIDA  
SEXO: MASC DATA NASCIMENTO: 1/1/ IDADE: 09 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: LUZINEIDE DE CARNE ALVES SUS:  
NATURALIDADE: CEARÁ PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ENDEREÇO: R. M. L. S. 688 BAIRRO: E. ESPERANÇA CEP: 63.800-000  
CIDADE: CARIACI ESTADO: CE TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

*Y. E. S. O. Fernandes*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 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"/> Queimaduras graves; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor torácica por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou hipoglicemias diagnosticadas; <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas diagnosticadas; <input type="checkbox"/> Hemorragia não introiciada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos graves;	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Brôncoespasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vital; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina;

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

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

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

DATA: 03, 11, 16

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Criança 9 anos vítima de atropelamen-  
to e trauma contuso em região parietal esquer-  
da do crânio.

PRESCRIÇÃO:

1) SRL 1000, dige 500 ml. EV

2) Del TC de crânio.

Dr. Romão Rolim  
MÉDICO  
CREMESP: 14781

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS ORBIT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Genite Seguradora S/A
Av. Othon Lages, 100 - Loja 112
Milena - Fortaleza - CE



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de  
**Fortaleza**

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

## 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
Cooper Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE



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



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

ATESTADO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE  
LUCAS DO CARMO BENTO, VITIMA  
ATROPELAMENTO AUTOMOBILISTICO,  
NO DIA (03/11/16), APRESENTAN-  
DO TCE MODERADO COM HEMATOMA  
SUBGALCAL TEMPORAL ESQUERDO,  
INFECÇÃO SECUNDÁRIA, APRESENTA  
ATÉ HOJE, PERDA AUDITIVA ESQUER-  
DA, CEFALÉIA FREQUENTE, E  
ACOMPANHAMENTO COM NEUROLO-  
GISTA . 506.6

2  
01103127

Dr. Paulo Calado  
CRM 11726

SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA

- ☐ 6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)  
☐ 8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)  
☐ 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
11 JAN 2017  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Lurs, 300 - Loja 147  
Ataíde - Fortaleza / CE



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



# RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

ATENDIDO

Atendo Pádua da Silva, Lucas, filho de  
LUCAS DO CARMO DE SOUZA, VITÓRIA  
ATROFIA MUSCULAR AUTOMOBILÍSTICO,  
NO DIA (03/11/16). Apresenta-  
do TCA moderado com sintomas  
subagudo temporal agudo, com  
Túberculose secundária aguda  
até hoje, Pádua apresenta exacerba-  
ção, com sintomas agudos, e  
Alimentação com nutrição  
basta. 306.6

01/02/17

SEM MEDICAMENTO

NA HORA JERTA

6 X 6 H - 021 - 121 - 001 - 121 H X (1A)

8 X 8 H - 001 - 021 - 121 (3 X 1A)

12 X 12 H - 001 - 121 (3 X 1A)

Rua Cônego Antônio de Aguiar, 216 - Centro - Fone: (55) 3441.1215 / 3441.1217  
Quarentinha - Ceará

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 FEV 2017

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



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



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

ATEUADO

Atesto para os devidos fins que  
LUCAS DO CARMO BENTO, VITIMA  
ATROPELAMENTO AUTOMOBILISTICO,  
NO DIA (03/11/16) APRESENTAN-  
DO TCE MODERADO COM HEMATOMA  
SUBGALCAL TEMPORAL ESQUERDO,  
INFECCAO SECUNDARIA, APRESENTA  
ATE HOJE, PERDA AUDITIVA ESQUER-  
DA, CEFALALIA FREQUENTE, E  
ACOMPANHAMENTO COM NEUROLO-  
GISTO 506.6

Dr. Paulo Roberto  
CRM 11728

SEU MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/> 6 X 6 hs. 06M - 12T - 18N - 12N (4 X DIA)
NA HORA CERTA	<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 TOMA POR SUA CONTA.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
17 JAN 2017  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldobro - Fortaleza / CE





63.01.06.0029

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 02/12/2016 HORÁRIO: 14:14 ATENDIMENTO Nº: 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: 19/09/1999 IDADE: 17 ESTADO CIVIL: Solteiro  
MÃE: Luzinete de F. Carneiro  
NATURALIDADE: Ceará PROFISSÃO: Estudante  
ENDEREÇO: R. Mãe Joana, 638 Bairro: Esperança CEP: 63.800-000  
CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE:  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

Assinatura do Paciente / Responsável

PA: X mmHg SPD: % 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>Poli-traumatismo/TCE;</p> <p>Queimaduras graves;</p> <p>Coma ou alteração de consciência;</p> <p>Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p>Desconforto Respiratório Grave;</p> <p>Dor no peito + cianose + alta de ar;</p> <p>Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30min;</p> <p>Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p>Crise convulsiva;</p> <p>Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p>Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</p> <p>Hiper ou Hipoglicemias diagnosticadas;</p> <p>Parada Cardiorrespiratória;</p> <p>Alterações SSVV + sintomas diagnosticados;</p> <p>Hemorragia não controlada;</p> <p>Fraturas, ferimentos, orthes;</p>	<p>Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p>Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, delírios;</p> <p>História de convulsão;</p> <p>Dor torácica intensa;</p> <p>Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p>Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia;</p> <p>Alterações de sinais vitais em pacientes hipotênicos;</p> <p>História recente de metemó ou hematemese ou enterorragia;</p> <p>Epistaxe;</p> <p>Dor forte de qualquer natureza;</p> <p>Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p>Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p>Febre alta (39 - 40°);</p> <p>Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p>Acidentes por animais peçonhentos;</p> <p>Arco de exposição;</p>	<p>Idade superior a 60 anos;</p> <p>Pacientes escatados;</p> <p>Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p>Asma fora da crise;</p> <p>Enxaqueca;</p> <p>Dor ouvido moderada a grave;</p> <p>Dor abdominal sem alterações sinais vital;</p> <p>Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p>Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;</p> <p>Abcessos;</p> <p>Distúrbios neurovegetativos;</p> <p>Lombalgia intensa;</p> <p>Intercorrentes ortopédicas;</p> <p>Gastroenterite;</p>	<p>Queixas sem alterações agudas;</p> <p>Procedimentos como curativo, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p>Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p>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  
Cente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

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

DATA: 03, 11, 16

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Criança 9 anos vítima de atropelamen-  
to e/trauma com contusão em região parietal esquer-  
da do crânio.

PRESCRIÇÃO:

1) SRL 1000, dige 500 ml. CR

2) Rx TC de crânio.

Dr. Ramiro Raim  
MÉDICO  
CREMESP 14781

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS BRVAT
CONTIÚO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Cente Seguradora S/A Av. Dom Lus. 100 - Lote 137 Aldoberto - Fortaleza - CE

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de  
**Fortaleza**

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

## 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 OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2016
Conte Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldobro - Fortaleza / CE



SECRETARIA DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA SETE DE ABRIL, 100 - CENTRO - FORTALEZA - CE



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

**Nome:** [illegible]  
**Estado:** [illegible]  
**Endereço:** [illegible]  
**Cidade:** [illegible]  
**UF:** [illegible]  
**CPF:** [illegible]  
**RG:** [illegible]  
**Profissão:** [illegible]  
**Assinatura:** [illegible]  
**Carimbo:** [illegible]  
**Data:** 09/05/17  
**Assinatura do Médico:** [illegible]  
**Carimbo do Médico:** [illegible]  
**Assinatura do Farmacêutico:** [illegible]  
**Carimbo do Farmacêutico:** [illegible]  
**Assinatura do Responsável:** [illegible]  
**Carimbo do Responsável:** [illegible]

Rua Ceará Avenida 1000, 200 - Centro - Fortaleza (CE) 04011-240 / 04011-247  
Cidade: Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
29 MAI 2017  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



## Poder Judiciário

REGISTRO CIVIL DA COMARIA DE QUIXERAMOBIM-CEARÁ

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

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**

**NADEDJA SARQUE QUEIROZ ROCHA**

**OFICIALA INTERNA-SUBSTITUTA**

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

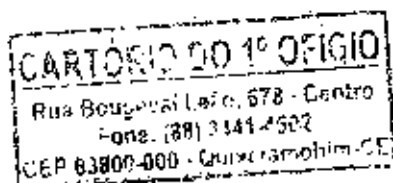
LIVRO A-36

N.º DE ORDEM 31.041

FLS.100

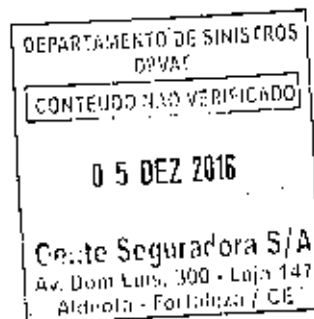
Aos 02 (dois) dias do mês de março do ano de 2007 (dois mil e sete), nesta cidade de Quixeramobim, Estado do Ceará, neste Cartório, compareceu(ram) **JOSÉ VALDIR DOS SANTOS BENTO** e **LUZINEIDE DO CARMO ALVES**, brasileiros, ele casado, ela solteira, ele encanador, ela agricultora, residentes na rua Afro Leal, nº 137, Bairro Monteiro de Moraes, Quixeramobim-Ce, abaixo assinado(s), conforme D.N.V N.º 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.



*NADEDJA SARQUE QUEIROZ ROCHA*  
OFICIALA INTERNA SUBSTITUTA

*Erinete M. da Silva Amaral*  
ESCREVENTE AUTORIZADA







10012  
 Caridad de marisnery de mal  
 10012

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OVAL  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Corre Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Arlaneta - Fortaleza / CE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
PREFEITURA DE MANGUEIRINHA DO MATÃO	
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL E TITULAS DE SOUZA	
	
<p><i>Benedita do Carmo Alves</i></p> <p>1911</p>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 2007021004283 DATA 22/3/2007

NOME LUZINEIDE DO CARMO ALVES

FILMADO JOSE AUGUSTO ALVES E ANTONIA TO  
ACATA DO CARMO ALVES

NATURA DO DE ... DATA DE NASCIMENTO  
QUIXERAMOBIM-CE 29/12/1988

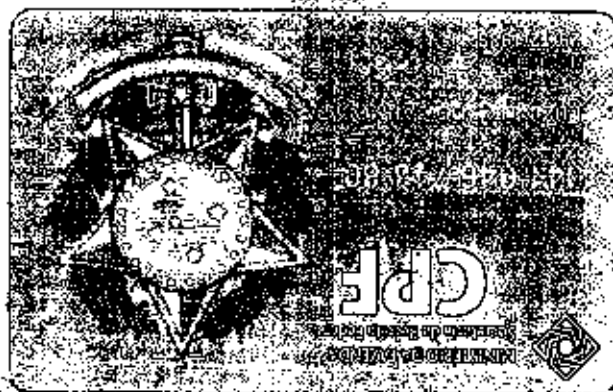
COO ORIGINAL CERT. NASC. 2573 L A03 F  
279 PASSAGEM/QUIXERAMOBIM/CE

CNP

ENTRADA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 2005



DEPARTAMENTO DE SANITARIOS  
DPVAF  
CONTENHO NAO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
E.C. de Seguradora S/A  
R. Vitor Hugo, 300 - Lapa 147  
Ator: Fortaleza / CE

ASL-1182967116  
marlene@la.terreila  
01/02/2017 17:01:35

ASL 1182967116  
mariaangela.konaka  
01/02/2017 17:01:35

ASL:1182967116  
merlangga.ferdina  
01/02/2017 17:01:35



República Federativa do Brasil



## Poder Judiciário

REGISTRO CIVIL DA COMARIA DE QUIXERAMOBIM-CEARÁ

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

NADEJA SARQUE QUEIROZ ROCHA

OFICIALA INTERNA-SUBSTITUTA

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

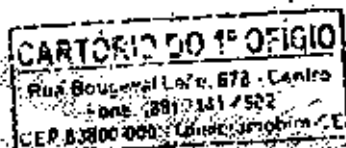
LIVRO A-36

N.º DE ORDEM 31.041

FLS.100

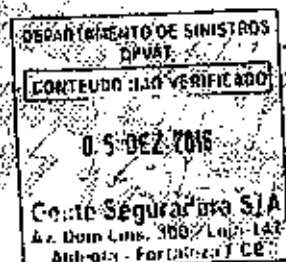
Aos 02 (dois) dias do mês de março do ano de 2007 (dois mil e sete), nesta cidade de Quixeramobim, Estado do Ceará, neste Cartório, compareceu(ram) JOSÉ VALDIR DOS SANTOS BENTO e LUZINEIDE DO CARMO ALVES, brasileiros, ele casado, ela solteira, ele encanador, ela agricultora, residentes na rua Afro Leal, 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, dou fe.

Quixeramobim, 02 de março de 2007.



NADEJA SARQUE QUEIROZ ROCHA  
OFICIALA INTERNA-SUBSTITUTA

Edenete Mª da Silva Amaral  
ESCREVENTE AUTORIZADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ




*Luzineide do Carmo Alves*

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documento de identificação

0012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2007021004283 22/3/2007

LUZINEIDE DO CARMO ALVES

JOSE AUGUSTO ALVES E ANTONIA TO  
PA DO CARMO ALVES

ANTERIORES

QUIXERAMOBIM-CE

DATA DE NASCIMENTO 28/12/1988

DOC. ORDEM CERT. NASC. 2573 E/A03 F


278 PASSAGEM/QUIXERAMOBIM/CE

CPF

PORTO LEGAL

REGISTRO DO SIGNAT

LEI Nº 11.406 DE 2003



CPF

123.456.789-00

DEPARTAMENTO DE SEMESTROS

OPAR

CONTINUAÇÃO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2015

Cartão Seguradora S/A

Av. ... 100 - Loja 107

Fortaleza / CE

ASL-1182187/17

2017/12/21

2017/12/21

ASL-1120617/17

2017/12/21

2017/12/21



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
AUTOMOTORES

**FRANCISCO ALVES DE MORAES**

**FRANCISCO FLEAVIO**  
PORTES DE MORAES  
ALVES DO SOCORRO ALVES  
DE MORAES

582695484

25/01/2017 20/12/2003

582695484

0012055145

0012012300

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES AUTOMOTORES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15-DEZ-2016

Com. Seguradora S/A  
Av. Dom João 2000, Bloco 147  
Alameda - Fortaleza - CE



DETRAN - CE Nº 012261286220  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA

CCF/SNP/PLACA

PLACA ANTIFURTO: 9B55A120A2D54106

ESPECÍFICO	COMBUSTÍVEL
PAS/AUTOMÓVEL/ANAB. AP. 15	PAS/AUTOMÓVEL/ANAB. AP. 15

MARCA/MODELO	ANO/FAB.	ANO/MON.
CHRYSLER / CLASSIC	2009	2010

CAP / POT / QIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
GR / 78CM / 1000CC	PARTIC	PRETO

COTA ÚNICA		VENO COTA ÚNICA		VENO COTAS	
1	1	1	1	1	1

FAXA 1.ª V.A.		PARCIFICAMENTO / COTAS		2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	9.ª	10.ª	11.ª	12.ª	13.ª	14.ª	15.ª	16.ª	17.ª	18.ª	19.ª	20.ª	21.ª	22.ª	23.ª	24.ª	25.ª	26.ª	27.ª	28.ª	29.ª	30.ª	31.ª	32.ª	33.ª	34.ª	35.ª	36.ª	37.ª	38.ª	39.ª	40.ª	41.ª	42.ª	43.ª	44.ª	45.ª	46.ª	47.ª	48.ª	49.ª	50.ª	51.ª	52.ª	53.ª	54.ª	55.ª	56.ª	57.ª	58.ª	59.ª	60.ª	61.ª	62.ª	63.ª	64.ª	65.ª	66.ª	67.ª	68.ª	69.ª	70.ª	71.ª	72.ª	73.ª	74.ª	75.ª	76.ª	77.ª	78.ª	79.ª	80.ª	81.ª	82.ª	83.ª	84.ª	85.ª	86.ª	87.ª	88.ª	89.ª	90.ª	91.ª	92.ª	93.ª	94.ª	95.ª	96.ª	97.ª	98.ª	99.ª	100.ª
---------------	--	------------------------	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

PREMIO TARIFARIO (PT)	IDF (PS)	PREMIO TOTAL (PT)	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVATIONS	

[illegible]

LOCAL	DATA
4412/201	

100-443887-100

..

SECURITY BRIGADE OFFICERS AND PERSONNEL CAPABLE OF PERFORMING  
AUTOMATICALLY AND WITHOUT PRESENCE OF OTHERS TO ARGENTINE  
TRANSFORMED TO A NEW SECURITY BRIGADE

CNPJ 012261286220 - BILHETE DE SEGURO DE VIDA

**ENTRE O SEU BILHETE DO SEGURO DE VAY  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.ilyay.com.br ou 0800 45 1234**  
**SAC DE VAY 1309 022 1234**

2015 12 13/201

VIA	CPF / CNPJ	PLANO
65471610807		PLANO

RENAMAM - MARCA/MODELO  
00171605942 - CHEVROET/CLASSIC

AND FAR  
2069

CARTAGE  
OF

REGGIA  
19

NE CHASSI  
CERHIS  
18

**BREATHING FACILITIES**

ENG (18)	DATE IN (18)	CUSTOMS SEGURO (22)
45	5,06	50,55

7. RETURN DATE (E-P)	8. IF (F)	9. INSTRUCTIONS
----------------------	-----------	-----------------

DATA DE QUITAÇÃO	07/12/2015
PAGAMENTO	

STANDARD FORM NO. 1

CNPJ 09.248.609/0001-04  
www.legisnacional.com.br

NOTOR: 880047708 80371

[illegible]

05 DEZ 2016



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DETAN - CE		Nº 012261286220	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	DOCUMENTAÇÃO	ANEXO	RECEBIDO
PPR 01	000171605	0000000000	201
CARLA CRISTINA DE MEDEIROS LIMA			
FORTALEZA			
004766-03		0000000000	
0000000000		0000000000	
MARCA/MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
CHEVROLET / CLASSIC		2009 / 2010	
CAP. POT. / CMT		CATEGORIA	
55 / 78CV / LOADED		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		COMBUSTÍVEL	
PRETA		GASOL / ALCO	
COTA UNICA		VENO / COTA UNICA	
*****		**/5/11	
FAIXA IMPOSTO		PARCELAMENTO COTA	
*****		*****	
PREMIO TABELARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
0,00		0,00	
LOCAL		DATA	
FORTALEZA		14/12/2011	
Assinatura		Assinatura	
Igor Poite		DETAN-CE	

CE Nº 0122A1286220 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT          PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO          AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  <a href="http://www.dpvatsegurodetransito.com.br">www.dpvatsegurodetransito.com.br</a>          SAC DPVAT 0800 023 1204</p>			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2009		12/2009	
VR	CRF / CNPJ	PLACA	Nº DO SEU
01	65976870097	01	NRQ-ES0
RENAVAM		MARCA / MODELO	
0017160594		CHEVROLET CLASSIC	
ANO FAB.	CE.IME	Nº CHASS	
2009	01	9BBSA1910AB15-10A	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
2º BÔN	TERCEIRA ET	DISC./2 SEG. DO SEU	
45,5	5,06	30	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		DPVAT DO SEU SEGURO	
0,15		R\$ 1.200,00	
PAGAMENTO		DATA DO PRÊMIO	
<input checked="" type="checkbox"/> À VISTA <input type="checkbox"/> PARCELADO		10/12/2009	
<p><b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>          CNPJ 06.248.038/0001-01  <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></p>			
MOTOR - SB0947708		0371	



À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

## DECLARAÇÃO

Eu, Rozineide Jo Lanna Alves portador da  
carteira de identidade nº 2007021004283 e inscrito no CPF sob o nº  
041.046.713-80

Residente e domiciliado na

Rua Maria José Loureiro  
Cidade Angluzim Estado Perná declaro, sob as penas de lei, que  
estou

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

Data de Entrada      /      /      Data de Saída      /      /       
Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox 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 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 enviada.

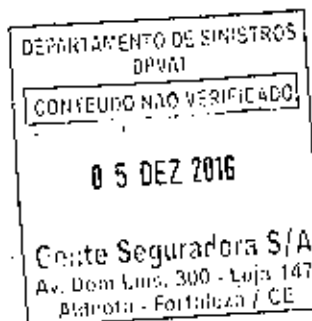
Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da  
Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau,  
ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Rozineide Jo Lanna Alves

Assinatura do Declarante

Quilzena melim-le

25 / 11 / 16



## Declaração

Eu, Raueiro do Carmo Bento, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fui socorrido por  
Popular Telefone: ( 88 )  
3441-3521 e levado ao  
hospital: Regional Dr. Ronder 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: Quixeramédium UF: CE Data: 25/11/2016

Raueiro do Carmo Almeida

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



**REVISÃO DE PROCESSO**



Eu Lucas do Carmo Bento

Portador do RG \_\_\_\_\_

Inscrito no CPF \_\_\_\_\_

Com o endereço na Rua/Trav. Rua Maria José Coutinho - 683

Bairro Conjunto Esperança cidade Quixeromobim

UF SE 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.

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

01/02/2017

Atenciosamente,

Lucas do Carmo Bento



**REVISAO DE PROCESSO**

Eu Lucas do Carmo Bento

Portador do RG Não Possui

Inscrito no CPF Não Possui

Com o endereço na Rua/Trav Rua Nova José Luciano

Bairro Conjunto Arapiranga cidade Aracamaolim

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 trânsito.

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

Atenciosamente,

Lucas do Carmo Bento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2017

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aracamaolim - 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 médico pericial:** VÍTIMA É CRIANÇA COM QUEIXAS DE CEFALÉIA E FOTOFÓBIA. A MÃE REFERE PERDA DE RENDIMENTO ESCOLAR, 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
05 DEZ 2016  
Co. de Seguradora S/A  
Av. Dom Lins, 100 - Torre 197  
Arlindo - Fortaleza / CE

## OUTORGANTE:

NOME: Louzineide do Carmo Alves  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Agricultora  
Nº DO RG: 200702100423 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE  
Nº CPF: 041.046.713-80  
ENDEREÇO: Rua Maria José Bastinho - 683 - Buixaramelium-le

DATA DE EMISSÃO: 22/03/2007

## OUTORGADA:

NOME: Paulo José Alves de Moura  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Recebeira de Impostos  
Nº DO RG: 200100232715 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE  
Nº CPF: 020.643.123-66  
ENDEREÇO: R. Prata Agropesvario Buixaramelium-le

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2005

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Insolidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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 fazer, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Buixaramelium-le 30 de 11 de 2016

Louzineide do Carmo Alves  
Assinatura

Cartório de Registro Civil  
Reconheço verdadeira(s) firma(s):  
AUTENTICADA  
Louzineide do Carmo Alves  
Dou Fe. Passagem 22/03/2007  
Empres 30 na verdade  
Mário de Fátima Brito de Brito  
Cartório de Registro Civil

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Luizineide do Carmo Alves

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: Solteira

PROFISSÃO: Agricultora

Nº DO RG: 200702100423 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

Nº CPF: 041.046.713-80

ENDEREÇO: Rua Maria José Ladeira - 683 - Guaraném - PE

### OUTORGADA:

NOME: Paulo José Alves de Moraes

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Peça-se informar

Nº DO RG: 200100132115 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

Nº CPF: 020.643.123-66

ENDEREÇO: 33, Pólo Turístico Guaraném - PE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalididade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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 a rede bancária.

Guaraném - PE, 30 de 11 de 2016

Luizineide do Carmo Alves  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÃO DE REGISTRO CIVIL Distrito de Registro Civil Obrigatoriedade: Civil	Reconheço verdadeiramente (firmas):
	<u>Luizineide do Carmo Alves</u>
	<u>Paulo José Alves de Moraes</u>
	Out. Fe. Passagem: <u>21.11.16</u> Em tes. <u>da cidade</u>



**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 CEFALHEMATOMA À ESQUERDA. VÍTIMA É CRIANÇA COM QUEIXAS DE CEFALÉIA E FOTOFÓBIA. 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

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

**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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**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  
CRM/CE 6818 CPF 126.879.66-27  
MÉDICO