

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450973/18

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF: 777.184.373-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILDO QUITERIA DA SILVA : 143.371.503-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA : 777.184.373-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: NILDO QUITERIA DA SILVA
CPF: 143.371.503-15

NILDO QUITERIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Nº Sinistro: 3180321849

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321849**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13130562



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Nº Sinistro: 3180321849

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180321849**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587746 **Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**

Data do Acidente: 22/03/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355440

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355440 **Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**

Data do Acidente: 22/03/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00723/00724 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14442579

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355440

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Data do Acidente: 22/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILDO QUITERIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 000002193-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

777.184.373-53

Nome completo da vítima

Expedito Edson de Sousa Miranda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Expedito Edson de Sousa Miranda	CPF titular da conta 777.184.373-53	Profissão Agricultor
Endereço Rua Eduardo Albuquerque	Número 221	Complemento Urbaniz
Bairro Urbaniz	Cidade Estatu	CEP 63.700-000
E-mail santodebora21@hotmail.com	Estado CE	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

09-013

AGÊNCIA

Nº 0747

DIV

CONTA

Nº 2293

DIV

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Estatu - 09 de Julho de 2018

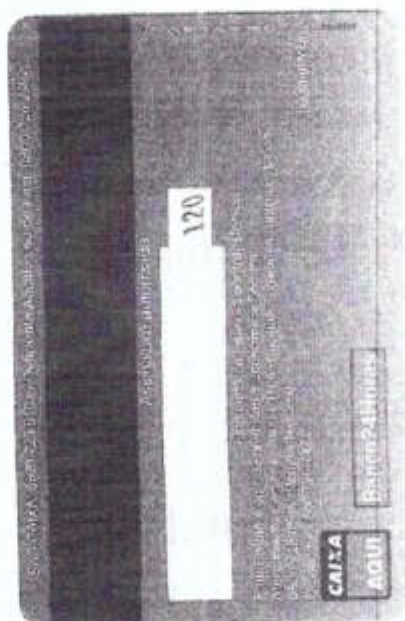
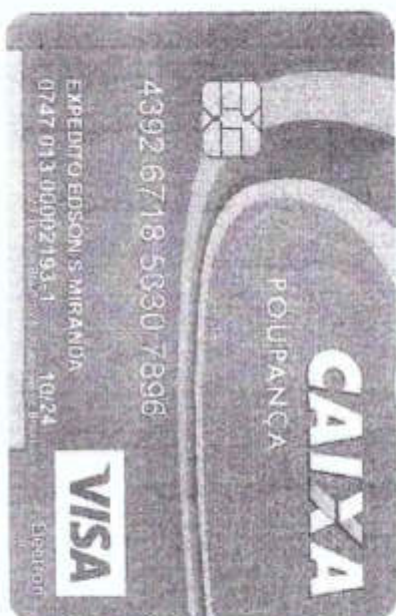
Local e Data

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

777.184.373-53

Nome completo da vítima:

Expedito Edson de Sousa Miranda

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Expedito Edson de Sousa Miranda

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Eduardo Albuquerque

Bairro:

Uirapuru

Cidade:

Cratius

Estado:

CE

CPF:

777.184.373-53

Número:

224

Complemento:

-

CEP:

63.700-000

Tel.(DDD):

88-9.9690-3249

E-mail: sonterdeboa21@hotmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

010 - 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0797

☐

CONTA:

2193

☒

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Cratius - 19.11.2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 23081-2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 10:35:40**
Data / Hora da Ocorrência: **22/03/2018 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE INGÁ**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Nascimento: **23/10/1977** CPF: **777.184.373-53**
RG: **22078066420** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELINA CARLOS DE MIRANDA**
Endereço: **RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221**
Bairro: **VENANCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99450-0150**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCO7001** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2JC4110BR464275 Renavam: **317084208** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata o noticiante que estava pilotando sua motocicleta em uma estrada de chão próximo a localidade Ingá, quando em um trecho onde havia muitas pedras, a moto derrapou e caiu; Que estava sozinho e foi socorrido para o hospital São Lucas por duas pessoas que passavam no local, que inclusive os trouxe como testemunhas, que são: ANTONIO ERIVALDO MESQUITA DOS SANTOS e EDVANIA PEREIRA DE SOUSA; Que teve lesão no joelho direito e edema; E nada mais disse.////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA****VISTO DO DELEGADO(A) :****ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4**

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

*Antonio Erivaldo Mesquita dos Santos**Edvania Pereira Sousa*

Pag. 1 de 1

Impresso em: 27/06/2018 11:33:25



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2308/1-2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 10:35:40**
Data / Hora da Ocorrência: **22/03/2018 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE INGÁ**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **CRATEUS/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Nascimento: **23/10/1977** CPF: **777.184.373-53**
RG: **22078066420** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELINA CARLOS DE MIRANDA**
Endereço: **RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221**
Bairro: **VENANCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99450-0150**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCO7001** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2JC4110BR464275 Renavam: **317084208** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata o noticiante que estava **pilotando** sua **motocicleta** em uma estrada de chão próximo a localidade Ingá, quando em um trecho onde havia muitas pedras, a moto **derrapou e caiu**; Que estava sozinho e foi socorrido para o hospital São Lucas por duas pessoas que passavam no local, que inclusive os trouxe como testemunhas, que são: ANTONIO ERIVALDO MESQUITA DOS SANTOS e EDVANIA PEREIRA DE SOUSA; Que teve lesão no joelho direito e edema; E nada mais disse.////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

* Antonio Erivaldo Mesquita dos Santos
* Edvania Pereira Sousa



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2308/1-2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 10:35:40**
Data / Hora da Ocorrência: **22/03/2018 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE INGÁ**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Nascimento: **23/10/1977** CPF: **777.184.373-53**
RG: **22078066420** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELINA CARLOS DE MIRANDA**
Endereço: **RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221**
Bairro: **VENANCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99450-0150**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCO7001** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2JC4110BR464275 Renavam: **317084208** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata o noticiante que estava **pilotando** sua **motocicleta** em uma estrada de chão próximo a localidade Ingá, quando em um trecho onde havia muitas pedras, a moto **derrapou e caiu**; Que estava sozinho e foi socorrido para o hospital São Lucas por duas pessoas que passavam no local, que inclusive os trouxe como testemunhas, que são: ANTONIO ERIVALDO MESQUITA DOS SANTOS e EDVANIA PEREIRA DE SOUSA; Que teve lesão no joelho direito e edema; E nada mais disse.////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

* Antonio Erivaldo Mesquita dos Santos

* Edvania Pereira de Sousa

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Expedito Edson de Sousa Miranda CPF da Vítima 777.184.373-53 Data do Acidente 22/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Cratimélio de Silva de 2018
Local e Data

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

777.184.373-53

Nome completo da vítima:

Expedito Edson de Sousa Miranda

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Expedito Edson de Sousa Miranda

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Eduardo Albuquerque

Bairro:

Uirapuru

Cidade:

Cratius

Estado:

CE

CPF:

777.184.373-53

Número:

224

Complemento:

-

CEP:

63.700-000

Tel.(DDD):

88-9.9690-3249

E-mail: sonterdeboa21@hotmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

010 - 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0797

CONTA:

2193

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (a):

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Cratius - Ce. 19.11.2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ATO DECLARATORIO



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS
Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

DADOS DO PACIENTE

Procurador: DASEB3 Atendimento: D014 Nome do Paciente: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
CPF: 777 184 373-53 Data de Nascimento: 23/10/1977 Sexo: Masculino Idade: 40 Anos
Pai: JOSE ZEFIRINO DE SOUSA Mãe: ELINA CARLOS DE MIRANDA
Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 321 Bairro: VENANCIO Cidade: CRATEUS
Profissão: SERVENTE Estado: CE UF: CE Telefone: 88 94500150
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA CPF do Responsável: Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 321 Município: CRATEUS UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 22/03/2018 Hora: 08:00 Condição: SUS Motivo: CRAMUF 094/CE Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Policlinico ou Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA Faturamento: DANIELE BEZERRA ALEXANDRE

Classificação: Data de Liberação: 25/03/2018 Tipo de Serviço: () Amb () Internação () Outro

Sinais Vitais: Peso (kg): 64.000 Altura (cm): 170.00 FC (b/min): 90 P (mmHg): 120/80 RR (por min): 20 PA (mmHg): 140/90

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 22/03/2018 09:07
Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI
Relatório: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D EDEMA, ALGIA
SP292%

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

Paciente com lesão
no joelho D em o local, edema
e dor em artrose

pt joelho AA+4
Punção punção
Punção artrose

Dr. Jamil S. Jorqueira
Ortopedista
JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

EXPEDITO EDSON DE SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1
92017005

Prontuário 045883
Atendimento 0014
Documento(s)
CPF: 777.184.373-53
Data de Nascimento 23/10/1977
Nome do Paciente EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

DADOS DO PACIENTE

Local NOVO ORIENTE/CE

Pai JOSE ZIFIRINO DE SOUSA

Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221

Profissão SERVENTE

Responsável IRENE GOMES DE SOUSA

Data Atendimento 22/03/2018

Hora 08:00

Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Observação

Sala

Sinais Vitais

Peso (kg) 94,000

Altura (cm)

Data/Hora Liberação

T (°C) 36,6

P (bpm) 95

R (mpm) 20

PA (mmHg) 140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE

Data e Hora: 22/03/2018 09:07

Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI

Relatório:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D, EDEMA, ALGIA

SP299%

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

Perito em Limbo
no pulso A em o braço, edema
e dor em artrose

no pulso A e B

entre pulso

pulso atual

Dr. Jamil S. Jorqueira

Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

CNS 702009707063190
Estado Civil Outro

Guia de Autorização

Sexo Masculino

Idade 40 Ano(s)

UF CE Telefone 88 94500150

Mãe ELINA CARLOS DE MIRANDA

CEP 63700-000

Município CRATEUS

Cônjuge IRENE GOMES DE SOUSA

Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Funcionário

DANIELE BEZERRA ALEXANDRE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito



EXPEDITO EDSON DE SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

128:2009

DADOS DO PACIENTE	
Prontuário: 045883	Atendimento: 0014
Documento(s): CPF: 777.184.373-53	Nome do Paciente: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
Data de Nascimento: 23/10/1977	Local: NOVO ORIENTE/CE
Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221	Salvo: VENANCIO
Profissão: SERVENTE	Empresa:
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA	CPF do Responsável:
	Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221
	Município: CRATEUS
	UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data Atendimento: 22/03/2018	Hora: 09:00
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Convênio: SUS
Indicador de Acidente:	
Observação:	
Sala:	
Sinais Vitais: Peso (kg): 94,000	Altura (cm):
Classificação de Risco: VERDE	Data e Hora: 22/03/2018 09:07
Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI	
Relatório: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D. EDEMA, ALGIA	
SP298%	

Classificação de Risco: VERDE

Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI

Relatório: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D. EDEMA, ALGIA

SP298%

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

paciente com lesão
no joelho D com o edema, edema
e dor no artro

no joelho D com o edema, edema
e dor no artro

paciente com lesão
no joelho D com o edema, edema
e dor no artro

paciente com lesão
no joelho D com o edema, edema
e dor no artro

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumatista Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945



EXPEDITO EDSON DE SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA

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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

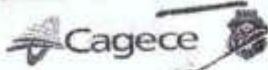
CLIENTE: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000002193-1

Nr. da Autenticação 2C10DC0AAC8F665C



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Meio Ambiente

Nº de inscrição:

027702130

DADOS DO CLIENTE

Rua: C-150, T-01 DE 1º ANDAR

Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 211 - VENEZUELOS

Cidade: FORTALEZA

CEP: 61700-000

Endereço

Modelo

1.1.1.1.1.1

Serie: 011

Salvador: 00

Quadra: 0010

Salvador: 00

Lot: 111 R1

CEP

61700

Residência: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Rural: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAO

Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento	Medicamento
001	001	001	001	001	001

DATA

03/03/2018

03/03/2018

03/03/2018

03/03/2018

03/03/2018

03/03/2018

COMPOSICAO DA AGUA DISTRIBUIDA DEPENDENTE A:

Cor	Turbidez	Cor	Condutividade Total	Resistência a 25°C
0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO	Valor	INFORMAÇÕES DE VOLUME	Valor	Valor
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1
001	0.1	001	0.1	0.1

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO	Valor	Valor	Valor
001	0.1	0.1	0.1
001	0.1	0.1	0.1
001	0.1	0.1	0.1

03/03/2018 03/03/2018 03/03/2018

ONDE ASSINAR SUA FOLHA

001 001 001 001 001 001 001 001 001 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto a Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações, por favor, consulte o site da Cagece: www.cagece.com.br ou a página de atendimento ao cliente: 0800-11-1111. O atendimento ao cliente é realizado de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, e de sábado das 8h às 12h. O atendimento ao cliente é realizado de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, e de sábado das 8h às 12h. O atendimento ao cliente é realizado de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, e de sábado das 8h às 12h.





CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CONTO CORRENTE DE C. DEBITO

CARGO cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 7,74. Caso pago, desconsiderar.

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/01/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
09/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12/17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DESCRICAÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	15,17
COPRS	0,01	VALOR DO DEBITO	10,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,39

ONDE PAGAR SUA FATURA: 35296704397260 L 3788 4 09 10 21 R 012 P 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 304 1111, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Rio de Janeiro: ARCEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.



SADIM SEGURADORA S/A
13 DEZ 2018
RECEBIDO

DADOS DO CLIENTE

Nome: EXPEDITO E DE S MIRANDA

End. Leitura: RU EDUARDO ALBUQUERQUE, 221, VENANCIOS

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.708-330

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 002

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A11N325202	576	587	11	10

DATAS

Leitura Atual: 02/02/2019

Emissão: 18/02/2019

Lacre Água: 2148917

Leitura Anterior: 03/01/2019

Próxima Leitura: 02/03/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	051	011	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 36,01. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,56	Mês/Ano		
ESGOTO	10,73	FEV/2018	8	8
MULTA DE 2%	0,70	MAR/2018	9	7
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,16	ABR/2018	9	7
		MAI/2018	9	7
		JUN/2018	8	8
		JUL/2018	10	8
		AGO/2018	11	8
		SET/2018	9	7
		OUT/2018	9	7
		NOV/2018	10	8
		DEZ/2018	10	8
		JAN/2019	11	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,38
COFINS	1,91

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	73,03
VALOR DO SUBSIDIO	32,88
VALOR TOTAL A PAGAR	40,15

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

02/2019

12/03/2019

40,15

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNR, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróvão, Outros Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fornecedor: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. 0800 285 1919 - Denúncias Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027702138

Código de Responsável:

Mês/Ano: 02/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 12/03/2019

Total (R\$): 40,15

82670000000-1 40150009100-4 02770213801-0 00069331035-1



EMISSION: CHATBOT/18/02/2019 04:13:41

DADOS DO CLIENTE

Nome: EXPEDITO E DE S MIRANDA

End. Leitura: RU EDUARDO ALBUQUERQUE, 221, VENANCIOS

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.708-330

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 002

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A11N325202	576	587	11	10

DATAS

Leitura Atual: 02/02/2019

Emissão: 18/02/2019

Lacre Água: 2148917

Leitura Anterior: 03/01/2019

Próxima Leitura: 02/03/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	051	011	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 36,01. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,56	Mês/Ano		
ESGOTO	10,73	FEV/2018	8	8
MULTA DE 2%	0,70	MAR/2018	9	7
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,16	ABR/2018	9	7
		MAI/2018	9	7
		JUN/2018	8	8
		JUL/2018	10	8
		AGO/2018	11	8
		SET/2018	9	7
		OUT/2018	9	7
		NOV/2018	10	8
		DEZ/2018	10	8
		JAN/2019	11	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,38
COFINS	1,91

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	73,03
VALOR DO SUBSIDIO	32,88
VALOR TOTAL A PAGAR	40,15

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

02/2019

12/03/2019

40,15

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNR, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Fomento, Outros Bancos. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou no ouvidoria: Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fomento - ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Denúncias Locais: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027702138

Código de Responsável:

Mês/Ano: 02/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

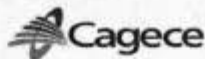
Vencimento: 12/03/2019

Total (R\$): 40,15

82670000000-1 40150009100-4 02770213801-0 00069331035-1



EMISSION: CHATBOT/18/02/2019 04:13:41



2º Via

Nº de Inscrição:

0027702138

DADOS DO CLIENTE

Nome: EXPEDITO E DE S MIRANDA

End. Leitura: RU EDUARDO ALBUQUERQUE, 221, VENANCIOS

Cidade: CRATELUS

CEP: 63.708-330

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 002
Subsetor:Quadra: 0018
Subquadra:

Lote: 0130

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A11N325202	596	607	11	10

DATAS

Leitura Atual: 02/04/2019

Emissão: 15/04/2019

Lacre Água: 2148917

Leitura Anterior: 02/03/2019

Próxima Leitura: 03/05/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	011	050	050
Em conformidade	050	050	010	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

128/99968-0286

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	30,08	Mês/Ano		
ESGOTO	11,30	ABR/2018	9	7
MULTA DE 2%	1/1 0,78	MAI/2018	9	7
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 0,32	JUN/2018	8	6
		JUL/2018	10	8
		AGO/2018	11	8
		SET/2018	9	7
		OUT/2018	9	7
		NOV/2018	10	8
		DEZ/2018	10	8
		JAN/2019	11	8
		FEV/2019	11	8
		MAR/2019	9	7

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,40
COFINS	2,03

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	79,19
VALOR DO SUBSÍDIO	36,71
VALOR TOTAL A PAGAR	42,48

MÊS/ANO

04/2019

VENCIMENTO

13/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

42,48

ONDE PAGAR SUA FATURA

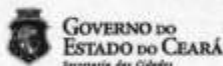
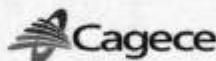
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027702138

Código de Responsável:

Mês/Ano: 04/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATELUS

Vencimento: 13/05/2019

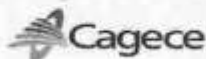
Total (R\$): 42,48

82670000000-1 42480009900-6 02770213801-0 00069531035-9



EMISSION: GESSE 15/04/2019 03:05:58

SABEMI - REC. EM 24 ABR. 2019



2º Via

Nº de Inscrição:

0027702138

DADOS DO CLIENTE

Nome: EXPEDITO E DE S MIRANDA

End. Leitura: RU EDUARDO ALBUQUERQUE, 221, VENÂNCIOS

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.708-330

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 002

Quadra: 001B

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A11N325202	607	618	11	10

DATAS

Leitura Atual: 03/05/2019

Emissão: 28/05/2019

Lacre Água: 2148917

Leitura Anterior: 02/04/2019

Próxima Leitura: 03/06/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	011	050	050
Em conformidade	049	050	009	049	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 36,09. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

188/ 99922-5553 / 188/ 99968-0286.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	33,12	Mês/Ano
ESGOTO	12,45	MAI/2018
MULTA DE 2%	0,70	JUN/2018
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,09	JUL/2018
		AGO/2018
		SET/2018
		OUT/2018
		NOV/2018
		DEZ/2018
		JAN/2019
		FEV/2019
		MAR/2019
		ABR/2019

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,44
COFINS	2,21

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	78,88
VALOR DO SUBSÍDIO	32,52
VALOR TOTAL A PAGAR	46,36

MÊS/ANO

05/2019

VENCIMENTO

12/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,36

ONDE PAGAR SUA FATURA.

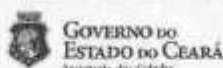
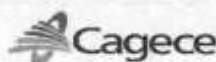
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tricôpo. Outros: Pagafácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já esse serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 283 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027702138

Código de Responsável:

Mês/Ano: 05/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 001B

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 12/06/2019

Total (R\$): 46,36

82610000000-7 46360009200-1 02770213801-0 00069631035-8



EMISSION: GESSE 28/05/2019 04:10:23

SABEM - REC. EM 30 MAI 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 536678788

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 80135-040 | Fortaleza, CE
CNPJ 07/047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
6088182

CV 8

VENCIMENTO
23/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
196,13

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

End. da Unidade Consumidora RU RENATO BRAGA 01551 FATIMA II CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 744.342.843-04 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 14384 14159 1 225 0 225

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

225 0,77283 173,88

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

09/08/2018

11/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E75D.F632.B7CE.82E3.EFB6.70AD.6CC7.54A1

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
173,88 27% 46,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	65,74
TRANSMISSÃO	7,12
DISTRIBUIÇÃO	38,02
ENCARGOS SETORIAIS	10,19
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	51,61

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 16,03)

0,24

22,01

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,18

Conjunto CRATEUS

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,23	0,23	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,23		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Mês Consumo

Nº do Cliente:

6088182-8

Nº da Nota Fiscal: 536678788

Total a Pagar (R\$): 196,13

Data de Emissão:

17/09/2018

Referência: AGO/2018

Nº de Controle: 0006088182 00052 4356 2-98

83890000001-3 96130031000-4 00060881820-8 00524356251-0



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nildo Queiroz da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 143.371.503/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Expedito Edson de S. Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.184.373/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Expedito Edson de S. Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.184.373/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua Renato Braga</u>		Número <u>1551</u>	Complemento —
Bairro <u>Setim II</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>santosdebraga2@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>889.9690-3049</u>	Telefone celular (DDD) <u>88.9456-7364</u>

Cratius - 09 de Julho de 2018
Local e Data

Nildo Queiroz da Silva
Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nildo Dutra da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 143.374.503/15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Expedito Edson de S. Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.184.373/53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Expedito Edson de S. Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.184.373/53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Renato Braga</u>		Número <u>1551</u>	Complemento —
Bairro <u>Atmosfera II</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.700-000</u>
E-mail <u>contasdebora22@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>88.9.9690.3049</u>	Telefone celular (DDD) <u>88.9436.3264</u>

Cratius - 09 de Julho de 2018
Local e Data

Nildo Dutra da Silva
Assinatura do Declarante





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Promitória: 045883 Atendimento: 0014 Nome do Paciente: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
Documento(s): CPF: 777.184.373-53 Local: NOVO ORIENTE/CE
Data de Nascimento: 23/10/1977 Mãe: ELINA CARLOS DE MIRANDA
Pai: JOSE ZIFIRINO DE SOUSA CEP: 63700-000 Município: CRATEUS
Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221 Bairro: VENANCIO Conjuge: IRENE GOMES DE SOUSA
Profissão: SERVENTE Empresa: CPF do Responsável: Endereço: RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221 Município: CRATEUS
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 22/03/2018 Hora: 08:00 Convênio: SUS Matricula: CRM/UF: 6945/CE Título Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA Funcionário: DANIELE BEZERRA ALEXANDRE
Indicador de Acidente:

Observação

Se: Data/Hora Liberação: 22/03/2018 08:00 Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais: Peso (kg): 94,000 Altura (cm): T (°C): 36,6 P (bpm): 95 R (bpm): 20 PA (mmHg): 140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 22/03/2018 09:07

Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI

Relatório:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D. EDEMA, ALGIA

.SP299%

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

Paciente com lesão
no joelho D em o trauma, edema
e dor em artrose

no joelho APT 4

entre pontos

pontos atual

Dr. Jamil S. Jorqueira

Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM. 6945

EXPEDITO EDSON DE SOUSA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA





Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Expedito Édson de Sousa Miranda**, RG:2007806642-0/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 22 de março de 2018, no município de Crateús - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador com colocação de imobilização gessada.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,

Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 10 de agosto de 2018.



kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

SABEMI SEGURODORA S/A

12 JAN 2019

RECEBIDO

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Expedito Édson de Sousa Miranda**, RG:2007806642-0/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de transito, no dia 22 de março de 2018, no município de Crateús - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador com colocação de imobilização gessada.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

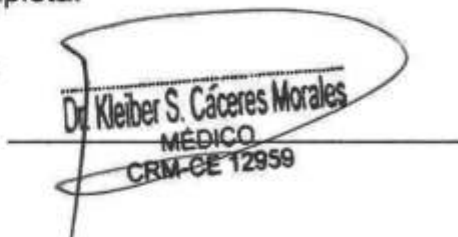
- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 10 de agosto de 2018.

kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Expedito Édson de Sousa Miranda**, RG:2007806642-0/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 22 de março de 2018, no município de Crateús - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador com colocação de imobilização gessada.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

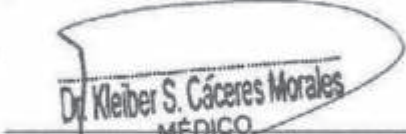
- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 10 de agosto de 2018.

kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal: 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

128:2009

DADOS DO PACIENTE	
Prontuário: 045883	Atendimento: 0014
Documento(s): CPF: 777.184.373-53	Nome do Paciente: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
Data de Nascimento: 23/10/1977	Local: NOVO ORIENTE/CE
Endereço: JOSE ZIFIRINO DE SOUSA RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221	Salvo: VENANCIO
Profissão: SERVENTE	Empresa:
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA	CPF do Responsável:
	Endereço: ELINA CARLOS DE MIRANDA RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221
	Salvo: VENANCIO
	CPF: 63700-000
	Município: CRATEUS
	Conjuge: IRENE GOMES DE SOUSA
	UF: CE
	Telefone: 88 94500150
	Sexo: Masculino
	Idade: 40 Ano(s)
	Estado Civil: Outro
	CNS: 702009707063190
	Guia de Autorização:
	UF: CE
	Município: CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data Atendimento: 22/03/2018	Hora: 09:00
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Convênio: SUS
Indicador de Acidente:	
Observação:	
Sala:	
	Matrícula: DANIELE BEZERRA ALEXANDRE
	CRM/LF: 6945/CE
	Função: Funcionário
	Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
	CID:
	UF: CE

Sinais Vitais	
Peso (kg): 94,000	Altura (cm):
Classificação de Risco: VERDE	Data e Hora: 22/03/2018 09:07
Responsável pela Classificação: REGINA SOARES DA SI	
Relatório:	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM JOELHO D. EDEMA, ALGIA	
SP298%	

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

paciente com lesão
no joelho D com o edema, e dor
e dor no joelho
no joelho D
lesão no joelho
paciente atual

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

RECEBIDO
13 DEZ 2018
SECRETARIA DE SEGURANÇA

EXPEDITO EDSON DE SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA



Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Expedito Édson de Sousa Miranda**, RG:2007806642-0/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de transito, no dia 22 de março de 2018, no município de Crateús - CE, com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús - CE.

- Com diagnóstico inicial de fratura do joelho direito.
- Seguindo tratamento conservador com colocação de imobilização gessada.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

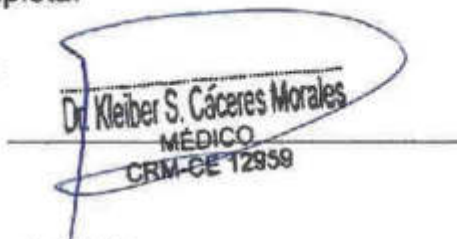
- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho direito.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 10 de agosto de 2018.

kleibercm@hotmail.com
Cajina Postal: 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 INSTITUTO NACIONAL DE REABILITAÇÃO

VALIDO EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

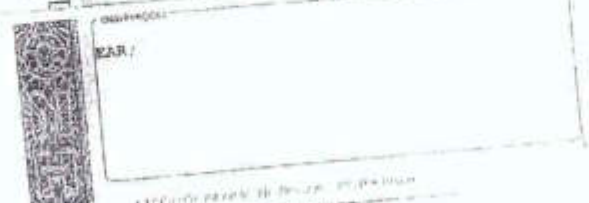
1409256934

NOME: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA



DOC. IDENTIFIC. DO TITULAR	ESP	CE
20078066420		
CPF	DATA DE NASCIMENTO	
777.164.373-5	03/10/1977	
FUNÇÃO		
JOSE ZEFIRINO DE SOUSA		
ELINA CARLOS DE MIRANDA		
RESIDÊNCIA	DOC	CM/AB
	20078066420	AD
VALIDADE	EXPIRAÇÃO	
06/08/2020	22/12/2014	

Nº REGISTRO: 06540227018



FECHADO PLASTICAR
 1409256934

LOCAL	DATA DE EMISSÃO
CRATSUS, CE	05/01/2017
ASSINATURA DO TITULAR	
34096434564	
CR197220742	
ASSINATURA DO EMITENTE	
34096434564	

CEARÁ

13 JUL 2018
 RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
NILDO QUITERIA DA SILVA

DOC IDENTIDADE / OUTRA IDENTIDADE
789210 ESP CE

CPF
143.371.503-15

DATA NASCIMENTO
22/08/1956

RELACÃO
MANOEL QUITERIA DA SILVA
SERASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT/AL

Nº RENOVAC
VIGÊNCIA

1ª HABILITAÇÃO
23/09/2013

OBSERVAÇÕES
A :
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Nilto Quitéria Da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
23/09/2014

Manoel Quitéria Da Silva
ASSINATURA DO DETRAN

97655141690
CE143895915

DETRAN - CE (CELARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1004333074

PROTECTOR PLASTIFICAR

1004333074



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

1409256934

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1409256934

Nome: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Doc. Identidade / Org. Emissão: 20078066420 SSP CE

CPF: 777.184.373-53

Data Nascimento: 23/10/1977

Filiação: JOSE ZEFIRINO DE SOUSA
ELINA CARLOS DE MIRANDA

Permissão: ☒ ACP ☒ ACP ☒ ACP

Validade: 06/08/2020

1ª Emissão: 22/12/2015

Observações:

CEAR:

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Assinatura do Portador

Local: CRATEUS, CE

Data Emissão: 05/01/2017

Assinatura do Emissor

36056434564
CE157220762

CEARÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE ORGANIZAÇÃO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACÃO

NILDO QUITERIA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. BAIXADA Nº 788210 SSP CE

CPF 143.571.503-15 DATA NASCIMENTO 22/08/1956

RENÇÃO MANOEL QUITERIA DA SILVA
 SEBASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA

PROFISSÃO RACIA COR

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª REGISTRAÇÃO 23/09/2013

OBSERVAÇÃO:
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Nilto Quitéria Da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 23/09/2014

1004333074
 SEM VINCULO COM O MUNICÍPIO

97655141690
 CE143895915

ASSINATURA DO EMISOR

DETRAN - CE (CEARA)

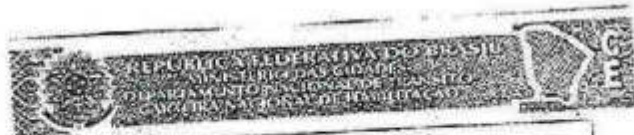
VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

1004333074

PRIMEIRO PLASTIFICADA

1004333074

SABER SEGURADORA S/A
 13 DEZ 2018
 RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
VIAJANTE NACIONAL DE TRANSPORTES

1409256934

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1409256934

EXEMPLO EDSON DE SOUSA MIRANDA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR 2007834420 SSP CE

CNPJ 777.184.373-53 DATA NASCIM. 23/10/1977

FRACÇÃO JOSE RIFIRINO DE SOUSA

ELINA CARLOS DE MIRANDA

PERMISSÃO 06/08/2016 DATA 22/12/2015

06540227916

1409256934

PROIBIDO PLASTIFICAR

1409256934

CEARA

CEARA

CEARA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NILDO QUITERIA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UF
 798210 SSP CE

CPF / DATA NASCIMENTO
 143.371.503-15 22/08/1956

RENCAO
 MANOEL QUITERIA DA
 SILVA
 SEBASTIANA LUCAS DE
 OLIVEIRA

PERMISSAO / AOE / CATEGORIA
 / /

Nº REGISTRO / VALIDADE / 1ª EMISSAO
 / / 23/09/2013

OBSERVAÇÃO:
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Nilto Quitéria Da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL / DATA EMISSAO
 FORTALEZA, CE 23/09/2014

97655141690
 CE143895915

ASSINATURA DO EMISOR
 A. DE JHON M. (CEARA)

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1004333074

PRIMEIRO PLASTIFICAS
 1004333074



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014137042639

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018

VA 01 317084208

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

PLACA 77718437353

CHASSI 9C2JC4110BR464275

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO MOD 2011

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

USO COTA ÚNICA 1ª

USO COTA ÚNICA 2ª

USO COTA ÚNICA 3ª

DATA DE REGISTRO 00/00/0000

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

DETRAN

CONTRAN

CRATEUS

Igor Pontes
Superintendente

DETRO-CE

24/04/2018



13.04.2018

RECEBIDO

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

CE Nº 014137042639

0007001/CE

77718437353

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

25055066896

014137042639

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA 0007001

77718437353

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

RENAVAM 317084208

CHASSI 9C2JC4110BR464275

ANO FAB 2011

VALOR PAR 1

PREMIO TARIFARIO

CONTRATO DE SEGURO (R\$)

TOTAL DE PRÊMIOS (R\$)

DATA DE EMISSÃO 00/00/0000

PARCELADO

COPIA ÚNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.340.808/0001-04

04045

MOTOR JT41E1B464275

0007001/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 014137042639

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018

VIA 01 317084208

RENÁVAM 00000000001

NOME EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

PLACA 77718437353

CHASSI 9C2JC4110BR464275

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PLACA ANT / UF /CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

VENC. COTA ÚNICA 1*

VENC. COTAS 2*

PARCELAMENTO / COTAS 3*

FAIXA I PVA

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

SOE (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

DATA 26/04/2018

LOCAL

CRATEUS

Igor Ponte

Superintendente

DETTRAN-CE

13 DEZ 2018

RECEBIDO

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

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CENº 014137042639

PLACA DC07001/CE

77718437353

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

25055066896

014137042639

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 26/04/2018

PLACA DC07001

RENÁVAM 77718437353

CHASSI 9C2JC4110BR464275

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

VENC. COTA ÚNICA 1*

VENC. COTAS 2*

PARCELAMENTO / COTAS 3*

FAIXA I PVA

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

SOE (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

DATA 26/04/2018

LOCAL

CRATEUS

Igor Ponte

Superintendente

DETTRAN-CE

13 DEZ 2018

RECEBIDO

04046

CNPJ 08.248.608/0001-04

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

04046

04046

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DETRAN - CE

EXERCÍCIO

2018

00000000000

01/317084208

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CRATEUS

77718437353

9C2JC410BR464275

PLACA ANO / FOT / CIL

2014 2011

VERMELHA

2P/OCV/124CC

1º

2º

3º

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

DETRAN

CONTRAM

13 DEZ 2018

RECEBIDO

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

CENº 014137042639 BILHETE DE SEGURO DPVAT

77718437353

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

25055066896

014137042639

EXERCÍCIO

2018-26/04/2018

PLACA

0C07001/CE

77718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

17718437353

9C2JC410BR464275

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.600/0001-04

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

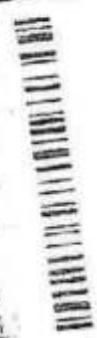
04046

04046

04046

04046

04046



MOTOR

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

04046

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355440 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA **Data do acidente:** 22/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MIRANDA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da patela direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da patela direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 22/03/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura da patela direita. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho direito, em grau leve, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciado apresentou exame de raios-x datado em 22/03/2018 comprovando a existência de fratura da patela direita. Ainda, cumpre informar que o periciado já foi indenizado em sinistro anterior (2013248315) com data de 13/08/2012 decorrente do trauma do joelho esquerdo, recebendo a importância de R\$ 843,75 pela perda funcional incompleta do joelho esquerdo em grau leve.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190355440

Nome do(a) Examinado(a): EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221, , 63.700-000, VENANCIOS, Crateús/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 22078066420

Data e local do acidente: 22/03/2018 - Crateús/CE

Data e local do exame: 19/06/2019 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: 36.11432 , longitude: -97.07516

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da patela direita.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura da patela direita. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no joelho direito.

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do joelho direito, devido à redução da força e mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Joelho Direito - Leve - 25%

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

Periciado traz consigo exame de raios-x datados em 22/03/2018 comprovando a existência de fratura da patela direita.



André de Oliveira Leal
CRM 18566

Assinatura e carimbo do médico

SINISTRO 3180587746

VÍTIMA EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

COBERTURA Invalidez

CPF/CNPJ: 77718437353

CARTA DE ESCLARECIMENTOS

EU EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA, CPF: 777.184.373-53 FUI SURPREENDIDO POR UMA PENDENCIA NO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AO SER SOLICITADO DE MINHA PESSOA QUE FOSSE ENVIADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR.

OCORRE SR(A) ANALISTA QUE ESTOU IMPOSSIBILITADO DE ENVIAR REFERIDA DOCUMENTAÇÃO TENDO EM VISTA QUE JÁ ENVIEI POR OCASIÃO DA ABERTURA DO MEU PEDIDO **TODA E QUALQUER DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EXISTE EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO MÉDICO NO QUAL ME SUBMETIR.**

AFIRMO AINDA NESTA OPORTUNIDADE QUE ESTOU DE ALTA DEFINITIVA DE QUALQUER TRATAMENTO MÉDICO, TENDO EM VISTA QUE NÃO TÔ REALIZANDO NENHUM ACOMPANHAMENTO MÉDICO. NO ENTANTO, **FIQUEI COM SEQUELAS GRAVES E PERMANENTES.**

SÃO POR ESSES MOTIVOS ACIMA, QUE SUPLICO PELO NORMAL ANDAMENTO DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, INCLUSIVE VENHO REQUERER SEJA DESIGNADA UMA PERICIA MÉDICA EM MINHA PESSOA POR PERITO INDICADO PELA SEGURADORA LÍDER.

NA CERTEZA DE QUE JUSTIÇA SE FARÁ AGRADEÇO DESDE JÁ.

CRATEÚS/CE, 18 DE JANEIRO DE 2019.

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355440 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA **Data do acidente:** 22/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MIRANDA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da patela direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da patela direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 22/03/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura da patela direita. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho direito, em grau leve, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciado apresentou exame de raios-x datado em 22/03/2018 comprovando a existência de fratura da patela direita. Ainda, cumpre informar que o periciado já foi indenizado em sinistro anterior (2013248315) com data de 13/08/2012 decorrente do trauma do joelho esquerdo, recebendo a importância de R\$ 843,75 pela perda funcional incompleta do joelho esquerdo em grau leve.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355440 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA **Data do acidente:** 22/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
MIRANDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: relatório pág. 02 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA, brasileiro(a), estado civil Solteiro, residente e domiciliado à VENÂNCIO, profissão Nitonomo, nº 221, bairro VENÂNCIO, Município de CRATEUS, Estado de(o) Ceara, Cep.: 63700-000, portador(a) do Rg nº 20078066420, SSP/CE. e CPF nº 777 184 373 53

Outorgado: NILDO QUITERIA DA SILVA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à Rua Renato Braga, nº 1551, bairro Fátima I, Município de CRATEUS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63700-000, portador (a) do RG nº 788210 SSP/ CE e CPF nº 143.371.503-15.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Expedito Edson de Sousa Miranda, ocorrido em 22/03/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

Crateus-le 09 de Julho de 2018.

CARTÓRIO
MARTINS

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA
Outorgante
CPF Nº 777 184 373 53

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado à EDUARDO ALBUQUERQUE, nº 221, bairro VENANCIO, Município de CRATEUS, Estado de(o) Ceará, Cep.: _____, portador(a) do Rg nº 20078066420, SSP/CE. e CPF nº 777 184 373 -53

Outorgado: **NILDO QUITERIA DA SILVA** brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AUTÔNOMO**, residente e domiciliado(a) à **Rua Renato Braga, nº 1551, bairro. Fátima !** Município de **CRATEUS**, Estado de (o) **CEARA** Cep.: **63700-000**, portador (a) do RG nº **788210** SSP/ CE e CPF nº **143.371.503-15**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Expedito Edson de Sousa Miranda ocorrido em 22/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

Crateus - le 09 de Setho de 2018.

CARTÓRIO
MARTINS

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Outorgante
CPF Nº 777 184 373 -53



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Por</u>
Autenticidade de: <u>Expedito Edson de Sousa Miranda</u>
<u>16 MAIO 2018</u> Dou fé.
Crateus _____
Em testemunho _____ da verdade

2ª TABELA
CRATEUS - CEARA
A/CARTÓRIO MARTINS
Jana Genilda Albuquerque Machado

PROCURAÇÃO

Outorgante EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado à EDUARDO ALBUQUERQUE, nº 221, bairro VENANCIO, Município de CRATEUS, Estado de(o) Ceara, Cep.: 63700-000, portador(a) do Rg nº 20078066420, SSP/CE. e CPF nº 777184373-53

Outorgado: **NILDO QUITERIA DA SILVA** brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AUTONOMO**, residente e domiciliado(a) à **Rua Renato Braga, nº 1551, bairro.Fátima !** Município de **CRATEUS**, Estado de (o) **CEARA** Cep.: **63700-000**, portador (a) do RG nº **788210** SSP/ CE e CPF nº **143.371.503-15**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Expedito Edson de Sousa Miranda ocorrido em 22/03/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Crateus - le 09 de Setho de 2018.

CARTÓRIO
MARTINS

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Outorgante

CPF Nº 777184373-53



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Por</u>
Autenticidade de: <u>Expedito Edson de Sousa Miranda</u>
<u>16 MAIO 2018</u> Dou fé.
Crateus <u>16</u> da verdade
Em testemunho <u>da</u> verdade

2ª TABELA
CRATEUS - CEARA
CARTÓRIO MARTINS
Ana Gracielly Albuquerque Machado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450973/18

Número do Sinistro: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF: 777.184.373-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA : 777.184.373-53

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019
Nome: NILDO QUITERIA DA SILVA
CPF: 143.371.503-15

NILDO QUITERIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450973/18

Número do Sinistro: 3180587746

Vítima: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF: 777.184.373-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/03/2018

Titular do CPF: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA : 777.184.373-53

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: NILDO QUITERIA DA SILVA
CPF: 143.371.503-15

NILDO QUITERIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS