

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450973/18

**Vítima:** EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

**CPF:** 777.184.373-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2018

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NILDO QUITERIA DA SILVA

HELANO OLIVEIRA SANTOS

---

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

**Nº Sinistro:** 3180321849

**Vitima:** 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de: EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA**

**Nº Sinistro: 3180321849**

**Vitima: 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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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 médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 médica-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](http://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: 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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](http://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 0221205 (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 a 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 ASI.

CPF da Vítima

777.189.373-53

Nome completo da vítima

Expedito Edson de Souza Miranda

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Expedito Edson de Souza Miranda	777.189.373-53	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
rua Eduardo Albuquerque	221	Almeidaville
Bairro	Estado	CEP
Financeiros	CE	63.700-000
Email	Telefone (DDD)	
santodebora21@hotmail.com		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

OP - 013

AGÊNCIA NRO. 0797 D/V 2193 D/V  
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

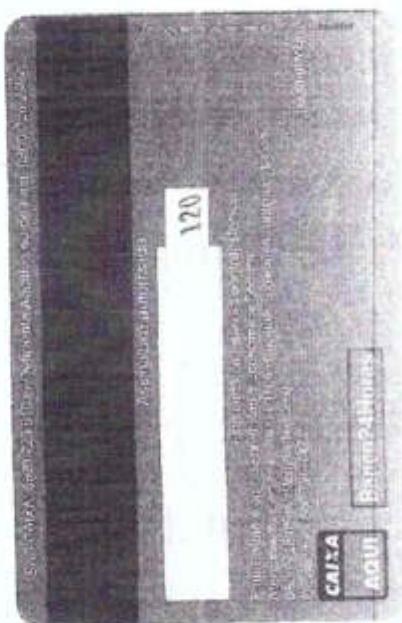
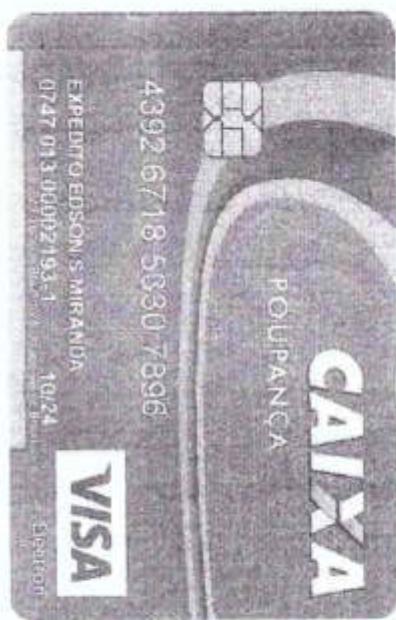
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

 Bratins-le-09 de Julho de 2018  
 Local e Data

 13 JUL 2018  
 RECEBIDO

 EXPEDITO EDSON DE SOUZA 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 Souza 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 Souza Miranda

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Eduardo Albuquerque

Bairro:

Morâncio

Cidade:

Cratús

E-mail:

soitectedebacai@hotmail.com

Estado:

CE

CPF:

777.184.373-53

Número:

224

Complemento:

-

CEP:

63.700-000

Tel.(DDD):

66.9.9690-3249

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

010 - 013

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0797

CONTA: 2593

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de 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 discordo 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 comparsa(a):  Sim  Não Se a vítima deixou comparsa(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos: Nasceu (se nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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: Cratús - 19.11.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

13 DEZ 2018

RECEBIDO

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 RODO, 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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 2308 / 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: **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**  
País: **BRASIL** CEP: **(88) 99450-0150**  
Telefone: **(88) 99450-0150**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OC07001** 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****Antônio Erivaldo Mesquita dos Santos****Edvania Pereira Souza****Pág. 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

DEL. REGIONAL DE CRA

23081-2018

REGISTRO



REGISTRO

REGISTRO



REGISTRO

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99450-0150**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OC07001** 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

13 DEZ 2018

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

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBIDO

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

\* Antonio Erivaldo Mesquita dos Santos

Pág. 1 de 1

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

\* Edvania Pereira de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

DSL. REGIONAL DE CRA

TEUS

CRA

TEUS

S.P.S.

CRA

TEUS

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Expedito Edson de Souza Minaluda</i>	777.184.373-53	22/03/18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Expedito Edson de Souza Minaluda</i>	

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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Cratér - 09 de Setembro 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 Souza 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 Souza Miranda

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Eduardo Albuquerque

Bairro:

Veranópolis

Cidade:

Cratús

E-mail:

soitectedebacai@hotmail.com

Estado:

CE

CPF:

777.184.373-53

Número:

224

Complemento:

-

CEP:

63.700-000

Tel.(DDD):

65.9.9690-3249

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

010 - 013

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0797

CONTA: 2593

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de 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 discordo 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 comparsa(a):  Sim  Não Se a vítima deixou comparsa(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos: Nasceu (se nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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: Cratús - 06.11.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

13 DEZ 2018

RECEBIDO

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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



El<sup>o</sup>  
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HOSPITAL SÃO LUCAS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CPF do Responsável	RG do Responsável	Nome do Responsável	Sexo	Idade	Endereço	UF	Telefone
045883	0014	EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA			ELINA CARLOS DE MIRANDA			702000707003190	CE	88-24500150
Documentos					VENANCIOS			Estado Civil		
CPF	777 184 372-53							Outro		
Nome do Responsável	JOSE ZIFIRINO DE SOUSA									
Endereço	RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221									
Profissão	ESTRUTURANTE									
Responsável	IRENE GOMES DE SOUSA									

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Consulta	CRM	Tipo Atendimento
22/03/2018	08:00	SUS	09014	CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Profissional ou Atendente			09014	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/CRE	
Indicador de Acidente			Funcionário	
			DANIELE BEZERRA ALEXANDRE	

### Observações

Saia	Calor/Inchaço	25	25	Tensão arterial	
Sinal Vitais	Arterial (mmHg)	96	96	( ) Alta	
Peso (kg)	Altura (cm)			( ) Internação	
04.000	165			( ) Ortopédico	

### 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 OEDEMA ALGIA SP290%

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

Perdeu o seu humor  
na quela é com o seu, edema  
e oleosidade óbvia  
pt + gelo 10x4  
Kubos quente  
banheira de banho

Dr. Jamil S. Jorqueira  
Ortopedico  
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

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

13 JUL 2018

RECEBIDO

## Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

v2017005

Pronutário 045883 Atendimento 0014 Nome do Paciente EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA  
 Documento(s) CPF: 777.184.373-53  
 Data de Nascimento 23/10/1977 Local NOVO ORIENTE/CE  
 Pai: JOSE ZIFIRINO DE SOUSA  
 Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221  
 Profissão SERVENTE Empresa  
 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

## DADOS DO PACIENTE

CNS 702009707063190  
 Estado Civil Outro

Guia de Autorização

Sexo Masculino  
 Idade 40 Ano(s)

UF CE Telefone CE 88 94500150

Ms6 ELINA CARLOS DE MIRANDA  
 Bairro VENANCIOS CEP 63700-000  
 Cônjugue IRENE GOMES DE SOUSA

Município CRATEUS

UF CE

Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221

Matrícula

CID

CRM/UF  
6945/CE  
Funcionário  
DANIELE BEZERRA ALEXANDRE

Tipo Atendimento  
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Sala

Sinais Vitais  
 Peso (kg) 94,000

Altura (cm)

Data/Hora Liberação  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs.

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

T (°C) 36,6 P (bpm) 95

R (impm)  
20

PA (mmHg)  
140 X 90

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: VÉRDE 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)

Perdeu a sensibilidade  
 no joelho e no tornozelo, com edema  
 e dor em ambas as extremidades.  
 Pode ser que  
 haja quebra  
 no osso ou  
 no tendão.



Dr. Jamil S. Jorqueira  
 Consultor Ortopédico  
 CRM: 6945

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: 00000002193-1

---

Nr. da Autenticação 2C10DC0AAC8F665C





## DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de  
ABR/2018Utilize o nº abaixo sempre  
que precisar em contato conosco

6088182 8

Rota 06 038000 03 08154 Medidor Posto  
Nome WILSA CARLA DE VASCONCELOS ROCHA 2560366 0000 0  
Endereço PostalEnd. da Unidade RU RENATO BRAGA 01551 FATIMA II CRATEUS 63700000  
ConsumidoraRG /CPF /CNPJ 744.342.843-04 CGF Fator de Potência 0  
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

20/05/2018

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Última Atualização: 09/05/2018 | Consultar | Consumo (kWh) | Consumo (kWh) | Consumo Faturado

160,22

FP 13511 13290 1 221 0 221

## DESCRIPÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

## DIAS DE LEITURA

Data de Emissão: 09/04/2018 | Data da Leitura: 09/05/2018

## OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MÊS

MULTA MORATÓRIA

0,36

3,97

## ICMS

Base de Cálculo: R\$ 156,29 | Alíquota: 27% | Valor do Imposto: 42,19

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)Consumo de CO<sub>2</sub> emitido pelo consumo de energia elétrica - kg CO<sub>2</sub> | Consumo de CO<sub>2</sub> emitido kg CO<sub>2</sub> | Consumo Ecológico% CO<sub>2</sub>

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

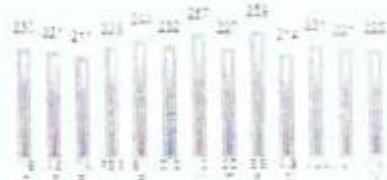
Veja a legenda no verso da fatura - CM: 51,31

Consumo: CRATEUS

Mês: FEVEREIRO

	Período Individual				
	Mês	ano	Anual	Mensal	Anual
DIC (m)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00
FEB (m)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
UNI (m)	3,20			0,00	

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



www.cece.com.br - Atendimento ao cliente

Número do Cliente: 6088182-8

Data de Emissão: 23/04/2018

Nº da Nota Fiscal: 520491838

Referência: ABR/2018

Total a Pagar (R\$): 160,22

Nº de Controle: 0006088182 000484350-2-43

83850000001-6 60220031000-8 00060881820-8 00484350207-2



13 JUL 2018

RECEBIDO

תְּנַשְּׁאָרָה כְּלָמָדָה כְּלָמָדָה

2. एडमिनिस्ट्रेशन विभाग 113 वेबसाइट

Journal of Health Politics

#### 第二步：启动 - 退出

1160-1161

www.ijerpi.net, 2016, Volume 5(10), 57

2019/2020 2020/2021 2021/2022 2022/2023 2023/2024 2024/2025 2025/2026

Thomas R. G. 000-2018 | 000-000-0000 | 000-000-0000 | Latin American

Qualitative Variable	Relative Distribution		1970		1971	
	1970	1971	1970	1971	1970	1971
White	64.5	64.5	41.6	41.6	42.4	42.4
Black	35.5	35.5	58.4	58.4	57.6	57.6
Asian	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Other	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Caro cliente, encontram-se anexadas as faturas de sua titularidade, para este unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.807/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constalamos debito de R\$ 7,41. Caso pague, desconsidere.

VALOR DO SERVIÇO		VALOR DO SUBSÍDIO		VALOR TOTAL A PAGAR	
VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
R\$ 15,00	R\$ 0,00	R\$ 15,00	R\$ 0,00	R\$ 15,00	R\$ 0,00
R\$ 0,00	R\$ 0,01	R\$ 0,00	R\$ 0,01	R\$ 0,00	R\$ 0,01

MES/AÑO	VENCIMIENTO	VALOR A PAGAR (RS)
02/2012	01/03/2012	0.39

ONDE PAGAR SUA FATURA | 35296705-3937260 | 3768 - 09 12 21 00 012 P 001

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

Mais informações pelo telefone: (11) 326-0911 – nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101-1918, de 8h

às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: .Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; MACE - MACE - Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

100



SABESP  
SEGURADORA S.A.

13 DEZ 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

14 JAN 2019

## RECEBIDO

## 100% ECOLOGY OF G. PEREGRINO

Call 811.760.0000

Ukader: 00000000000000000000000000000000

Received 2001 Accepted 2005

1. **NAME OF THE STUDY/PROJECT** \_\_\_\_\_

1. **Lebanon** (2012) 0.1 2.943 | 2. **Lebanon** (2012) 0.1 2.943 | 3. **Lebanon** (2012) 0.1 2.943 | 4. **Lebanon** (2012) 0.1 2.943 |

Parameter	Global	Local	Global	Local	Global	Local
$\alpha_{\text{global}}$	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
$\alpha_{\text{local}}$	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
$\beta_{\text{global}}$	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
$\beta_{\text{local}}$	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.807/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constalamos debito de R\$ 7,74. Caso pago, desconsidere.

TIPO	VALOR DO SERVIÇO	VALOR DO DESCONTO	VALOR TOTAL A PAGAR
PIS	6,00		6,00
CONFINS	0,01		0,01

MISI/ENO VENCIMIENTO TOTAL P. CARGAS (10)

02/2012	07/03/2012	0.39
---------	------------	------

CONSOLACAO S/A FATURA 113529867053937260 L 3788 4 09 02 21 8 012 P 001

California Building Standards Commission  
1978 Uniform Building Code  
A Consensus Document of the Building Officials  
and Code Officials of California

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

Mais informações pelo telefone: (010) 774-1111, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.caixaeconomica.gov.br](http://www.caixaeconomica.gov.br) ou na Ouvidoria da Caixa: 3110-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: ... Site da ARCE: [www.arce.gov.br](http://www.arce.gov.br).

Entidades Reguladoras Federais: ANP - Agência Nacional de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800-726-1111. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

www.english-test.net

Central da Alimentação  
**Caged**  
0204 201 452


 Cagece  
Mossoró

**E obrigaçao do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cogece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.**  
Mais informações pelo telefone: (11) 3791-2900, nas lojas de atendimento, de 8h às 12h, no site [www.cogece.com.br](http://www.cogece.com.br) ou na ouvidoria da Cogece: 3101.7191, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: [www.ace.ce.gov.br](http://www.ace.ce.gov.br).  
**Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fazenda e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental (031) 3210-1111. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.**

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'SABEM SEGURODORA SA' is at the top, rotated 45 degrees. The date '13 DEZ 2018' is in the center. The word 'RECEBIDO' is at the bottom, also rotated 45 degrees.

## 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

Subsector: Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

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

## DATAS

Leitura Atual: 02/02/2019	Endeção: 18/02/2019	Lacre Águas: 2148917
Leitura Anterior: 03/01/2019	Próxima Leitura: 02/03/2019	Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analysadas	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 declaracão substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 36,01. Caso pago, desconsiderar.

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,56	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
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 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

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,38	VALOR DO SERVIÇO	73,03	
COFINS	1,91	VALOR DO SUBSÍDIO	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, Sicredi, Trípolis, Outros Pagfís. 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.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento: de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no atendimento Cagece 3181.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estacanal: 155, Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

Entidades Reguladoras: Ferrobrás - ACFOR - Agência 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: 02/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsector:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 12/03/2019

Total (R\$): 40,15

82670000000-1 40150009100-4 02770213801-000069331035-1



## 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

Subsector: Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semanal(s)
AGUA	A11N325202	576	587	11	10

## DATAS

Leitura Atual: 02/02/2019	Endeção: 18/02/2019	Lacre Águas: 2148917
Leitura Anterior: 03/01/2019	Próxima Leitura: 02/03/2019	Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analysadas	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 declaracão substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Constatamos debito de R\$ 36,01. Caso pago, desconsiderar.

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,56	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
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 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

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,38	VALOR DO SERVIÇO	73,03
COFINS	1,91	VALOR DO SUBSÍDIO	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, Sicredi, Trípolis, Outros Pagfís. 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.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento: de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no atendimento Cagece 3181.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estacanal: 155, Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

Entidades Reguladoras: Ferrobrás - ACFOR - Agência 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: 02/2019

Local: 029

Setor: 2

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

Subsector:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 12/03/2019

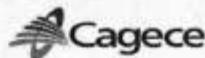
Total (R\$): 40,15

82670000000-1 40150009100-4 02770213801-000069331035-1



EMISSÃO: CHATBOT18/02/2019 04:13:41

2º Via

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

0027702138

## 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

Subsector:

Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

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

## DATAS

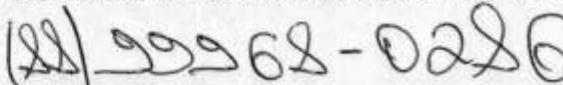
Leitura Atual: 02/04/2019 | Emissão: 15/04/2019 | Lacre Água: 2148917  
 Leitura Anterior: 02/03/2019 | Próxima Leitura: 03/05/2019 | Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2019

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

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.  
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APlicativo DA ARCE.

 22268-0286

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA		30,08	ABR/2018	9	7
ESGOTO		11,30	MAI/2018	9	7
MULTA DE 2%	1/1	0,78	JUN/2018	8	6
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,32	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\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,40	VALOR DO SERVIÇO		79,19
COFINS	2,03	VALOR DO SUBSÍDIO		36,71
		VALOR TOTAL A PAGAR		42,48

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2019	13/05/2019	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.

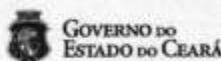
**CAGECE**  
CENTRAL DE ATENDIMENTO  
0800 275 0195

  
155  
OUVIDORIA DO ESTADO  
CENTRAL DE ATENDIMENTO

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](http://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](http://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.

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria das Cidades

## 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  
Subsector: Subquadra:

Cidade: CRATEUS Vencimento: 13/05/2019 Total (R\$): 42,48

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



## 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:

Lei: 029

Setor: 002

Quadra: 0018

Lote: 0130

Comp: 0000

CEP:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumen/m <sup>3</sup>	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
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
Analíticas	050	050	011	050	050
Em conformidade	049	050	009	049	050

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos débito de R\$ 36,09. Caso pago, desconsiderar.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APPLICATIVO DA ARCE.

188 99922-5553 / (88) 99968-0226.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
AGUA	33,12	MAI/2018	9	7
ESGOTO	12,45	JUN/2018	8	6
MULTA DE 2%	0,70	JUL/2018	10	8
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,09	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
		ABR/2019	11	8

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO			
		Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)	
PIS	0,44	VALOR DO SERVIÇO		78,88	
COFINS	2,21	VALOR DO SUBSÍDIO		32,52	
		VALOR TOTAL A PAGAR		46,36	

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2019	12/06/2019	46,36

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Prolfóli. 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 8195. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos do Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027702138 Código de Responsável: Mês/Ano: 05/2019

Local: 029 Setor: 2 Quadra: 0018 Lote: 0130 Comp: 0000  
Subsetor: Subquadra:

Cidade: CRATEUS Vencimento: 12/06/2019 Total (R\$): 46,36

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





Esta é a segunda via de  
AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
6088182 DV 8

VENCIMENTO  
23/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)  
196,13

DESCRÍÇÃO DA CONTA  
ENERGIA CONSUMO

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

Companhia Energética do Ceará  
Rue Padre Valdomiro, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza-CE  
CNPJ 07/047251/0001-73 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.436 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 06 038000 03 08154 Medidor Poste  
Nome WELSA CARLA DE VASCONCELOS ROCHA 2560356 0000 0  
Endereço Postal:

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

RG / CPF / CNPJ 744.342.843-04 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Litura Atual  Litura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Inc.  Consumo Futurado

FP	14384	14159	1	225	0	225
----	-------	-------	---	-----	---	-----

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/

Aproximação

Prev. Próxima

Litura

09/08/2018 11/09/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

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

**ICMS**

Base do 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

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

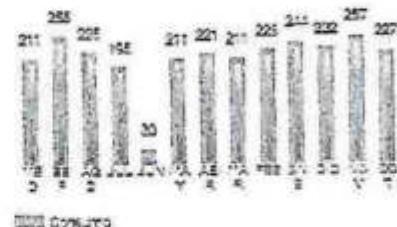
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,18

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 (uni)	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,23		

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Nilde Deuter da Silveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 113.371.503/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Expedito Edson de S. Miranda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.189.373/53, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Expedito Edson de S. Miranda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.189.373/53, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Renato Braga</u>	Número	<u>1551</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Santana II</u>	Cidade	<u>Porto Alegre</u>	Estado	<u>CEP</u>
Email	<u>santanadebora21@hotmail.com</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>8899-9690-3249</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>88-9956-3364</u>

Assinei-lhe 09 de Julho de 2018

Local e Data:

Nilde Deuter da Silveira

Assinatura do Declarante



13 JUL 2018

RECABO

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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Nildo Dutra da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 43.371.503/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson de S. Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 777.184.373/53, do sinistro de DPVAT cobertura Incvalidez da Vítima 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 Penato Braga</u>		Número	<u>1551</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Castro II</u>	Cityde	Estado	<u>CE</u>	CEP	<u>63.700-000</u>
Email	<u>castrodebarra.21@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>889.9690-5049</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>88.9436-7267</u>		

Castro-09 de Julho de 2018  
 Local e Data

Nildo Dutra da Silva  
 Assinatura do Declarante





ELI  
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 22/03/2018 09:09

Página 1

2017000

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Promotor Atendimento Nome do Paciente  
045883 0014 EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA  
Documento(s) CPF: 777.184.373-53  
Data de Nascimento Local  
23/10/1977 NOVO ORIENTE/CE  
Pai JOSE ZIFIRINO DE SOUSA  
Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221  
Profissão SERVENTE  
Responsável IRENE GOMES DE SOUSA

CNS 702009707063190  
Estado Civil: Outro  
Sexo: Masculino  
Idade: 40 Ano(s)

UF CE Telefone 88 94500150

UF CE

Mãe ELINA CARLOS DE MIRANDA  
CEP 63700-000  
Município CRATEUS

Município CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio  
22/03/2018 08:00 SUS  
Profissional do Atendimento  
JAMIL SANCHES JORQUEIRA  
Indicador de Acidente

Matrícula CRM/UF  
6945/CE  
Funcionário DANIELE BEZERRA ALEXANDRE

CID  
Tipo Atendimento  
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Sala Data/Hora Liberação Tipo de Saída  
35 hs. ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais  
Peso (kg) 94,000  
Altura (cm)

T (°C) 36,6

P (bpm) 95

R (mmHg) 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)

Perdeu um dente  
na gengiva e em obesidade  
e obesidade abdominal  
pt gengiva  
gengiva grande  
perdeu dente

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

13 JUL 2018  
EXPEDITO EDSON DE SOUSA  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: IRENE GOMES DE SOUSA



### 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.





14 JAN 2019

**RECEBIDO**

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 immobilização 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:

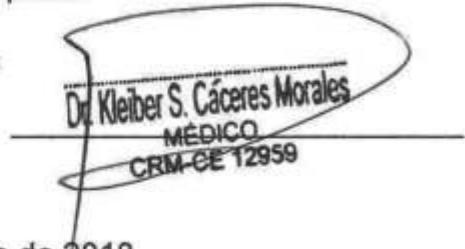
- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior direito.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho direito por possível lesão do ligamento cruzado posterior.

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.



## 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.

Pronunciado Atendimento  
045883 0014 Nome do Pequeno  
Documento(s) EXPÉDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA  
CPF: 777.184.373-53  
Data de Nascimento 23/10/1977 Local NOVO ORIENTE/CE  
Pai JOSE ZIFIRINO DE SOUSA  
Endereço RUA EDUARDO ALBUQUERQUE, 221  
Profissão SERVENTE Empresa  
Responsável IRENE GOMES DE SOUSA

## DADOS DO PACIENTE

CNS  
702009707063190

Guia de Autorização

Estado Civil  
OutroSexo  
Masculino  
Idade  
40 Ano(s)

UF CE Telefone  
CE 88 94500150

Nome ELINA CARLOS DE MIRANDA  
CNPJ 63700-000  
Município CRATEUS

Conjugado IRENE GOMES DE SOUSA

Município CRATEUS

UF  
CE

Data Atendimento 22/03/2018 Hora 05:00 Convênio SUS  
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA  
Indicador de Acidente

Observação  
Sala

Sinais Vitais  
Peso (kg)  
94,000

Altura (cm)

Data/Hora Liberação

ás hs.

Tipo de Saída

( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

T(°C) 36,8  
P (ppm) 95

R (ppm)

PA (mmHg)  
140 X 90

CID

C

TIPO DE ATENDIMENTO  
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

## 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)

Perdeu a sensibilidade  
no joelho e no ombro, estiver  
a dormir ontem  
não sentiu dor  
não sentiu dor  
não sentiu dor



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

EXPEDIDO 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  
Caixa Postal, 09 - CEP: 63.700-970  
Crateús - Ceará



PRINTED ON PLASTIC A4

3-16200-2  
13 JUL 2018  
RECEIVED

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

**Nome:** WILDO QUITERIA DA SILVA  
  
**DOC. IDENTIDADE / CNH:** 788210 SSP CE  
**CPF:** 143.371.503-15 **DATA NASCIMENTO:** 22/08/1956  
**PAI/AO:** MANOEL QUITERIA DA SILVA  
**Mãe:** SEBASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA  
**PERÍODO:** **ACE:** **CELE:**  
**NP. HABILITADO:** **VALIDADE:** **1º HABILITADO:** 23/09/2013

**ONERAÇÕES:**  
**A 7:** EXERCE ATIV. REMUNERADA;

*Wildo Quiteria da Silva*  
**DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO**  
**LOCAL:** FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO:** 23/09/2014  
*for Wildo - 2014*  
**NOVA VAGA/CARRO PNEU:** 97655141690  
**REGISTRO DE ESTADO:** CE143095915  
**DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO**

**1004333074**

**MINISTÉRIO PLASTICAR**





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

**Nome:** NILDO QUITERIA DA SILVA  
**DOC. IDENTIFICADOR/ORG. EMISSOR:** 788210 SSP CE  
**CPF:** 145.371.503-15 **DATA NASCIMENTO:** 22/08/1956  
**PAI:** MANOEL QUITERIA DA SILVA  
**Mãe:** SEBASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA  
**TOPOLOGIA:** **DOC:** **DATA:**  
**Nº REGISTRO:** **VALIDADE:** **1ª HABILITAÇÃO:** 23/09/2013

**OBRAVOCOS:**  
 A :  
 EXERCE ATIV. REMunerada:

*nildo quiteria da silva*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL:** FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO:** 23/09/2014  
*for Val - P/ta*  
 NÚM. IDENTIFICATIVO PORT: 97655141690  
 CE143895915

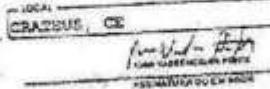
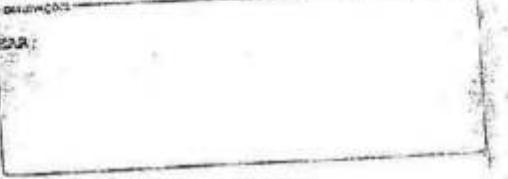
ASSINATURA DO DIRETOR  
**DIRETOR CE (GEVRA)**

**1004333074**  
 IMPRESSO PLASTIFICAR

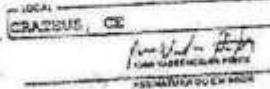



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 AGÊNCIA NACIONAL DE TRÂNSITO  
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE  


**EDSON DE SOUSA MIRANDA**  
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
 20078066420 SEP CE

	<b>CPF</b> 777.184.373-53 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23/10/1973</span>	<b>PRIMEIRO</b> JOSE RIFIRINO DE SOUSA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ELINA CARLOS DE MIRANDA</span>	<b>SEXO</b> MASCULINO <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">FEMININO</span>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 06/08/2010 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23/10/2015</span>
<b>VALIDADE</b> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">06540227916</span>	<b>PERÍODO</b> 06/08/2010 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05/01/2017</span>	<b>ASSINATURA</b> 	<b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> 05/01/2017 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05/01/2017</span>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> 23/10/2015 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23/10/2015</span>
<b>DESCRIÇÃO</b> <b>PARA:</b> 				

**EDSON DE SOUSA DE SOUSA MIRANDA**  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
**CRATUSS, CE**  

05/01/2017  
36056434564  
CE157224762

**PROFISSÃO**  
**PLATINAR**  
**CEARÁ**
[Redacted]

**1409256934**



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

NOME: **NILDO QUITERIA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR OF:	788210	SSP	CE
OF:	143.371.503-15	DATA NASCIMENTO: 22/08/1956	
NASCIDO			
MANOEL QUITERIA DA SILVA SEBASTIANA LUCAS DE OLIVEIRA			
TERMINADO	DOC.	EXPIRA	
Nº REGISTRO	VALIDADE	1º EXPIRAÇÃO 23/09/2013	
OBSERVAÇÕES A: EXERCÍCIO ATIV. REMunerada:			
<i>nildo quiteria da silva</i>			
ASSINATURA DO PORTADOR:		DATA EMISSÃO:	
LOCAL: FORTALEZA, CE		23/09/2014	
<i>Foto Vida - Pôrta</i> ARMANDO MACHADO MONTES		97655141690 CE143895915	
ASSINATURA DO DIRETOR			
<i>DETRAN CE (CEVRA)</i>			

1004333074

PLASTIFICAR



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
SEGURADORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
AUTOMÓVEIS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DE VIDA  
SEGURO DE VIDA - SEGURO DE VIDA

13.01.2016

RECEBIDO





# 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 atrofias 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

**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 atrofias 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.** Nexo 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 ás 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 16566

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 AGRADÉÇO 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 atrofias 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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 TERAPÉUTICA. 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

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

## PROCURAÇÃO

Outorgante EXPEDITTO EDSON DE SOUSA ARRUDA, brasileiro(a), estado Brasília, civil casado  
Saltinho, profissão Alferes, residente e domiciliado à Rua das Flores, 222, bairro VILA NOVA,  
EDUARDO ALBUQUERQUE, nº 222, portador(a)  
Município de CRATÉU S., Estado de(s) Ceará, Cep.: 62.300-000,  
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 Souza Mincos, 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.

Bratislava, 09 de Setembro de 2018.

CANTORIO  
MARTINS

~~ESTORIO~~ — ~~JOAQUIM DA SILVA~~ — ~~EDUARDO MIRAGADA~~

### Outorgante

CPF N° 27718457353

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) POR	<i>Autentico deu a Exposta de a Sua Exma. Senhora</i>	
Cratens	16 MAIO 2018	Domfe
Em testemunho	<i>da verdade</i>	

## PROCURAÇÃO

Outorgante EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autonomo, residente e domiciliado à EDUARDO ALBUQUERQUE, nº 221, bairro VENANCI, 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 Souza Mina 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.

Crato - le ..... 09..... de Setembro ..... de 2018.

CARTÓRIO  
MARTINS

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

Outorgante

CPF Nº 777 184 373 -53

SAÚDE SEGURO CRASIA

13 DEZ 2018

RECEBIDO

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

VERIFICADO SOBREMENTE CUM SELO DE  
CARTÓRIO MARTINS

02

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) POR  
Autenticação de Expedito Edson de Souza Mina

16 MAIO 2018 Dou fe

Crato  
Em testemunho da verdade

CRATO/CARMO  
2º TABELIA  
CRATEUS-CEARA

## PROCURAÇÃO

Outorgante EXPEDÍTIO EDSON DE SOUSA MIRANDA, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autonomo, residente e domiciliado à EDUARDO ALBUQUERQUE, nº 221, bairro VENANCI, Município de CRATEUS, Estado de(o) Ceará, 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) Expedíto Edson de Souza 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.

*Crato - le* ..... 09..... de *Setembro* ..... de 2018.

CARTÓRIO  
MARTINS

*EXPEDÍTIO EDSON DE SOUSA MIRANDA*

Outorgante

CPF Nº 777 184 373-53



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2018

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/03/2018

EXPEDITO EDSON DE SOUSA MIRANDA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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](http://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