
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190123563

Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190123563

Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190123563

Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO JOSE MATIAS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: FRANCISCO JOSE MATIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000122-8

Conta: 0000041888-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: FRANCISCO JOSE MATIAS CPF: 634532233-49
Profissão: ELETRICISTA Endereço: RUA GENEROSA MARIA DE SESUS Número: 64 Complemento: _____
Bairro: FRET DAMIAO Cidade: PENAFORTE Estado: CE CEP: 63280.000
E-mail: MATIASF6@GMAIL.COM Tel.(DDD): (84) 98886-9748

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 001

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 122 8 CONTA: 41888 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
e assinatura
da vítima ou
beneficiário a
indemnizado

Local e Data, PENAFORTE - CE, 17 / 01 / 2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco José Matias

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Impresso nº 2018295070

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2950 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 15:49:33**
Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR PRÓXIMO DA ENTRADA DO CALDAS**
Complemento:
Bairro: **CALDAS** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **DESCIDA DA SERRA JARDIM-BARBALHA**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO JOSÉ MATIAS**
Nascimento: **27/04/1979** CPF: **634.532.233-49**
RG: **97029103498** Órgão Emissor: **SSP/CE** UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL**
JOSÉ MATIAS NETO
Endereço: **SITIO BAIXIO DAS BESTAS** CEP: **63.280-000**
Bairro: **NORTE** Município: **PENAFORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98886-9748**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **EOS2657** Uf: **CE** Município: **PENAFORTE** Chassi:
9C2KC1550AR175980 Renavam: **233669086** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Afirma a noticiante advertida nas penalidades dos arts 340 e 342 do CP que sofreu acidente de trânsito no dia e local mencionados; que estava A caminho do Hospital Regional do Cariri, onde desenvolve a atividade de eletricitista, quando no meio do caminho veio a derrapar no chão; que era madrugada ,estava escuro no local, com pouca neblina, quando perdeu o controle do veículo, vindo a cair no chão; que o veículo PLACA EOS 2657 é de sua propriedade, mas encontra-se em nome de sua genitora MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL; que de imediato tentou pedir ajuda aos populares que transitavam no local, porém por ser madrugada ninguém o socorreu; que o noticiante subiu na própria motocicleta e mesmo ferido foi até a casa de sua irmã MARIA LUCILENE MATIAS; que seu cunhado LINDOALDO SILVA CARVALHO o socorreu para o Hospital Regional do Cariri onde obteve primeiro atendimento hospitalar; que em consequência do acidente mencionado sofreu fratura na clavícula esquerda; que possui CNH; que estava indo para os serviço e não encontrava-se embriagado; que testemunharam os fatos sua irmã MARIA DE LOURDES BRINGEL AVENIDA 17 DE AGOSTO, Nº 667, BARBALHA-CE E RAFAEL PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA MELQUIADES DA COSTA VELOSO, Nº 34, ALTO DA ALEGRIA, BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 2018295070

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2950 / 2018

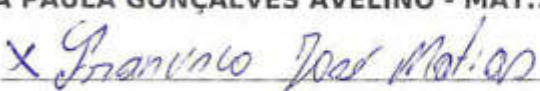
SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X 

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

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: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: FRANCISCO JOSE MATIAS CPF: 634532233-49
Profissão: ELETRICISTA Endereço: RUA GENEROSA MARIA DE JESUS Número: 64 Complemento: _____
Bairro: FREI DAMIAO Cidade: PENAFORTE Estado: CE CEP: 63280-000
E-mail: MATIASF6@GMAIL.COM Tel.(DDD): (89) 98886-9748

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 001

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 122 8 CONTA: 41888 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
e data de
assinatura ou
assinatura do
beneficiário a
indicação

Local e Data, PENAFORTE - CE, 17 / 01 / 2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco José Matias

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS Admissão: 23/07/2018 05:43
Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 98886-9748
Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: CENTRO
Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário 23/07/2018 05:48
Queixa: paciente, vítima de acidente de trânsito, chega ao serviço relatando dor abdominal e em mse
Fluxograma: TRAUMA TORACOABDOMINAL
Discriminador: DOR INTENSA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 13877 Nº: 438733 Horário 23/07/2018 05:57
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM
ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA / Exame Físico:
PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO
DEPENDENTE.
C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.
D- GLASGLOW 15.
E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR
SOLICITO EXAMES DE IMAGEM. RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

ALTA

Data: 23/07/2018 12:10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/07/201 05:48	TRAUMA TORACOABDOMINAL	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



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: 26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE MATIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00122-8

CONTA: 000000041888-9

Nr. da Autenticação CF92EA489E1F7713

**Cagece****GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
*Secretaria de Obras***2º Via**

Nº de Inscrição:

0058973222**DADOS DO CLIENTE**Nome: **JOSE MATIAS NETO**End. Entrega: **RU GENEROSA MARIA DE JESUS, FREI DAMIAO**Cidade: **PENAFORTE**CEP: **63.280-000**

End. Entrega

Cidade

CEP:

Local: **150**Série: **001**Quadra: **0116**Lote: **0587**Cota: **0000****ECONOMIA**Residência: **001**Comercial: **000**Industrial: **000**Pública: **000****INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**Serviço: **Medição**

Leitura Anterior

Leitura Atual

Volume

Módulo Substituído

AGUA A17F104196**0****38****38****0****DATAS**Versão Atual: **08/08/2018**Versão Anterior: **18/10/2018**Leitura Anterior: **24/09/2018**Leitura Atual: **3081654**Qualidade da Água Distribuída referente a: **08/2018**

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Cloro

Cor

Condutividade Total

Eletrodos Coli

Turbidez

Nº DO CLIENTE

2767309

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 544917695

Rota 28 13014 07 119700 - 5 Data de Emissão 10/10/2018

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal 17 LAMBEDOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791 Poste 0000 0000

Classes B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RQ/CPF/CNPJ 010969643-33 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	10/11/2018	10/11/2018

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2550.4204.3328.4054-0400.0000.0000.0000

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUCETEL DO NORTE
Mês Ago/2018 BUND 25,13

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,15	20,30	40,61	0,00	0,00	0,00
FIC	7,44	14,69	25,79	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,38			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 19625	19479	1,00	146	0,00	146	0,42947	62,55
10/10/18	12/09/18		28 DIAS		146		62,55

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	62,55
MULTA MORATORIA REF 07/2018	0,91
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,33
JUROS DO MES	0,95
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,32
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	62,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA-MES (- R\$ 7,91)	

VENCIMENTO 19/11/2018

TOTAL PAGAR (R\$) 142,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	31,51
Transmissão	17,08
Distribuição	12,97
Encargos Setoriais	4,61
Tributos (PIS-COFINS)	4,92
TOTAL	62,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

145	146	151	150	106	152	126	151	95	149	165	148	207
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Conciliação Ecológica (kg CO ₂)
57,00	0,00	

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO, UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FALTA NÉCIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Consta desta fatura R\$ 4,92 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,2% e COFINS:6,50%
(Anexo 9 Anexo 100 2018) - ENEEL e Data N. 10-2018 21 e 10-2018 03)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu CICEIRO DANIEL DE SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF 0.10.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO JOSE MATIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.532233/49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO JOSE MATIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.532233/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: M.EI Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO

☐ 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>Sítio LAMBEDOR</u>		Número <u>1505</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>BARBALHA</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63180-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(88) 97021593</u>		Telefone celular (DDD) <u>96.63-3619</u>

BARBALHA-CE, 31 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Ciceiro Daniel dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Código Nome do Funcionário
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Cód. Descrição
101 PRÓ-LABORE
973 INSS
987 IRFF S.SALARIO

Recibo de Pagamento de Salário
JUNHO/2018

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.
2521-05 - ADMINISTRADOR

Referência Vencimentos Descontos
30,00d 3.200,00
11% 352,00
7,5% 54,83

Total de Vencimentos Total de Descontos
3200,00 406,83

Valor Líquido → 2.793,17

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Valor IRRF
3200,00	3200,00			2848,00	02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPUTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

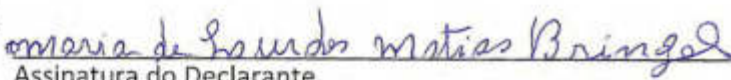
C. Cicero Daniel dos Santos Silva
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO


DATA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL,
RG nº 31742-30, data de expedição 13/08/80,
Órgão SSP, portador do CPF nº 016.744.993-10, com
domicílio na cidade de PENAFORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
GENEROSA MARIA DE JESUS, nº 56,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCISCO JOSE MATIAS, cujo o condutor era
FRANCISCO JOSE MATIAS.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESI
Ano: 2010
Placa: E052657
Chassi: 9C2KC1550AR175980
Data do Acidente: 23/07/2018
Local e Data: PENAFORTE - CE, 17/01/2019


Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO ANGELO MUNIZ Ofício de Notas e da Registro CNPJ: 03.193.136/0001-60 Fone/fax (033) 337-3539/1640 Rua Vitoria Novaes, 263 Punaforte - CE - CEP: 63.280-000	RECONHECIMENTO DE FIRMA	
	RECONHEÇO verdadeira(s) o(s) Firma(s) por AUTENTICIDADE de: <u>MARIA DE</u> <u>LOURDES MATIAS BRINGEL</u>	
	Em testemunho	de/verdade
	Penaforte, <u>17</u> de <u>01</u> de 20 <u>19</u>	


Romário Miranda Menezes
Escritor Compromissado



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS Admissão: 23/07/2018 05:43
Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 98886-9748
Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: CENTRO
Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	23/07/2018 05:58	Não	Cancelado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

PRESCRIÇÃO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM 13877 23/07/18 05:58

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H EM 30MIN, SE DOR	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR OU TEMPERATURA $\geq 38^{\circ}\text{C}$	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL SE PA $\geq 180/110$	
BROMOPRIDA 5MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR> SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 35 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA (HEMODINÂMICA)	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

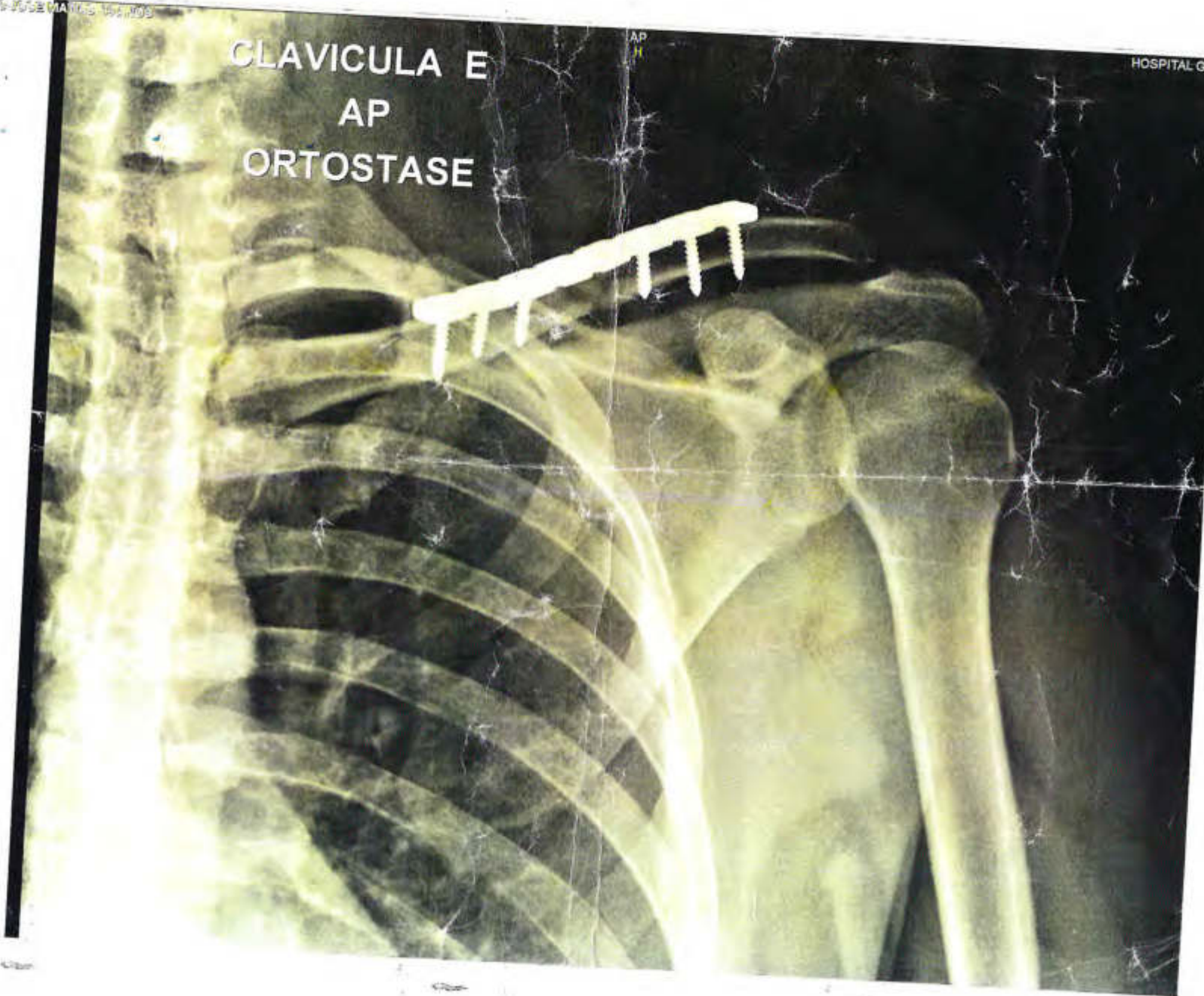


SUS-EXT FRANCISCO JOSE MATIAS 39 ANOS, 27/04/1979: CR from 05/09/2018

SUS-EXT FRANCISCO JOSE MATIAS 39 ANOS
27/04/1979
05/09/2018

CLAVICULA E
AP
ORTOSTASE

HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO
13/09/2018
SUS-EXT FRANCISCO JOSE MATIAS 39 ANOS
27/04/1979
05/09/2018



4cm

CLAVICULA
AP
ORTOSTASE

Data: 29/08/18

Enf/Leito: _____

Fco José MATIAS

MAT. DIANELO ELAVIANA.

OSTEOSSÍNTESE

Clavícula

Dr. Gilvan

Dr. RASSEN

Plano de Atendimento Cirúrgico - (ocorrências principais)

PROCEDIMENTO

- 1- Osteossíntese de clavícula esquerda com placa e parafusos
- 2- Radioscopia

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA.
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. APÓSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS.
4. INCISÃO CLAVICULAR SUPERIOR
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. CRUENTIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
7. REDUÇÃO DA FRATURA
8. FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO MODELADA E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
9. CONFIRMADOS ALINHAMENTO E FIXAÇÃO SOB ESCOPIA
10. SUTURA POS PLANOS + CURATIVO.
11. TIPOIA



SELO DE AUTENTICIDADE
ANTONIO MATIAS 2º OFIC
Brejo Santo-CE - F. 3531-0144

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentado, com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94).
Brejo Santo-CE, 29 de 08 de 2018

- () Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública
- () Engenra Leite Brasil Sampaio - Substitua
- () Cícero Wilson de Melo - Escrevente
- () Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente
- () Demônio Faria da Silva - Escrevente

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: FRANCISCO JOSE MATIAS

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23 / 07 / 2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do terço médio do Ulna esquerda

SEQUELA(S) QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:

Paciente refere limitação para desenvolver atividades que envolvam grande esforço físico em membro superior esquerdo.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 08 / 03 / 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-05

Juazeiro do Norte, 24 / 03 de 2019

Dr. Tassiano Sampaio
ORTOPEDISTA
CREMBO: 18929

Assinatura e Carimbo do Médico



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

NOME DO PACIENTE: SINAM EXT- FRANCISCO JOSE MATIAS-39 ANOS - ID: 0000038202
DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1979 - SEXO: MASCULINO
Exame(s) Realizado(s): CLAVICULA E em 07/08/2018 10:34:04 - Solicitante: null

RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA (1 incid)

Traço de fratura com deslocamento de fragmentos ósseos no terço médio da clavícula esquerda.



Dr. Alessandra Pibernat Cunha Cardoso
CRM 20954-RS

*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Alessandra Pibernat Cunha Cardoso - CRM: 20954-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 07/08/2018 12:13:22 (HORARIO DE BRASILIA).

*Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição acima mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

Maria Giacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

IDENTIFICADOR DO PACIENTE: SUS INT.ENF4-4-FRANCISCO JOSE MATIAS-39 ANOS - ID: 0000038725
DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1979 - SEXO: MASCULINO
Exame(s) Realizado(s): OMBRO E em 21/08/2018 07:36:10 - Solicitante: null

RX OMBRO E

Osteossíntese de fratura do terço médio da clavícula.

Fragmentos coaptados e alinhados.

Placa e parafusos metálicos.

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Almir Castilhos da Silva - CRM: 3948 RS.

LAUDO LOGICO CRIADO EM 21/08/2018 11:28:17 (HORARIO DE BRASILIA).

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da Unidade Ativa mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente. Quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.



AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia (reprodução por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentado, com o qual comparei) em 21/08/2018, às 11:28:17, do documento de número 0000038725, criado em 21/08/2018, às 11:28:17, do tipo LAUDO LOGICO, emitido por Dr. Almir Castilhos da Silva, CRM: 3948 RS, no Hospital Geral de Brejo Santo - CE, sob o protocolo de número 0000038725.

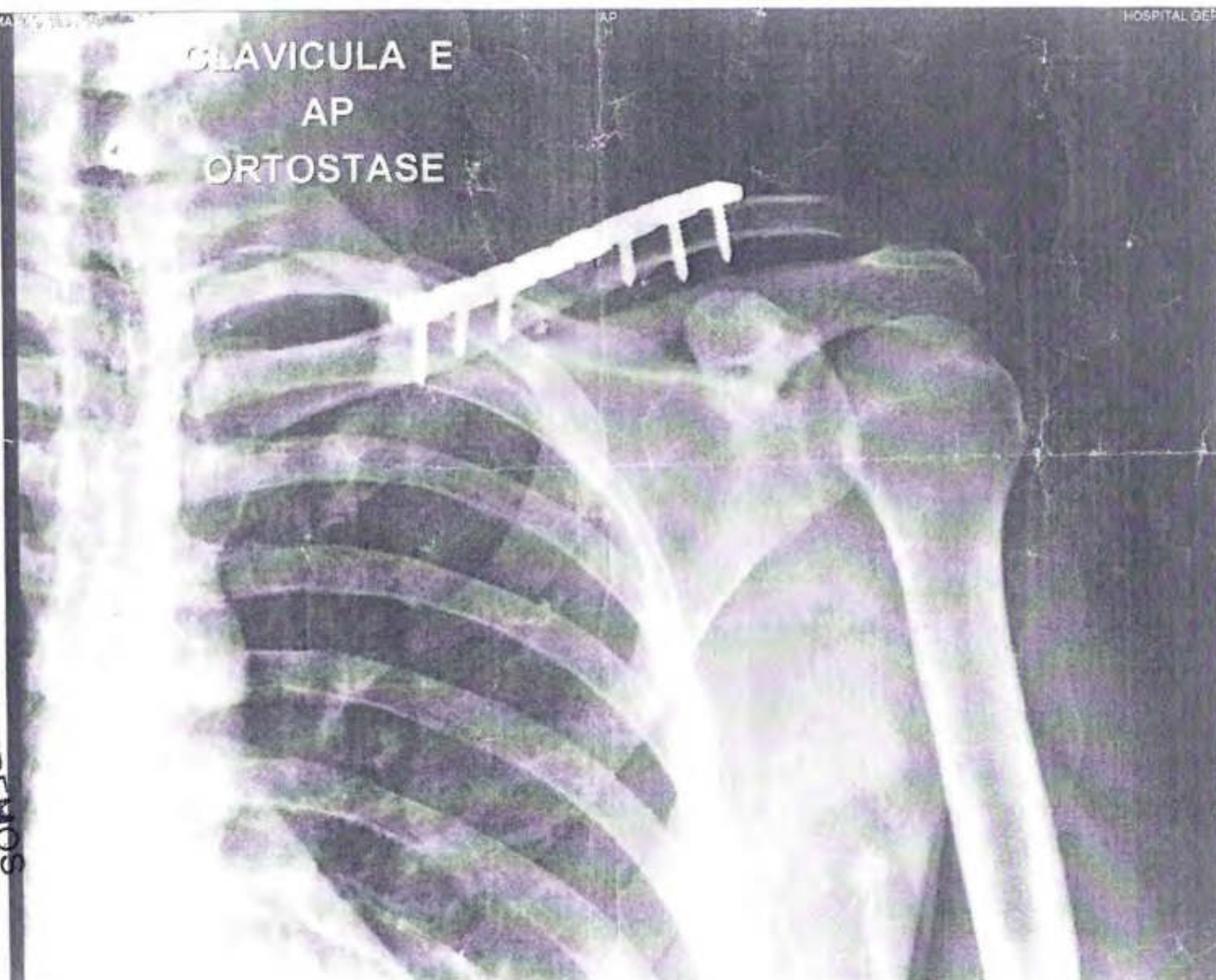
SELO DE AUTENTICAÇÃO
ARTÓRIO MATIAS 2º OFÍCIO
BREJO SANTO - CE - F. 3531-4114

Assinaturas:
1 Maria Brasil de Almeida - Tabela Médica
1 Engenheiro de Saúde - Substituta
1 Cicero Wilson de Almeida - Escritório
1 Maria Wilany de Almeida - Escritório
1 Ramon de Almeida - Escritório

RECEBEMOS

16 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Direta
CNPJ: 21.487.736/0001-06



HOSPITAL GERAL

4cm

RECEBEMOS

16 ABR 2019

Maria Carmo de F. Nobre
Clínica de Seguros Elit
CNPJ: 21.487.736/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS Admissão: 23/07/2018 05:43
Pront.: 156225 Data Nasc.: 27/04/1979 Idade: 39 ano(s) 7 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 98886-9748
Mãe: MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: CENTRO
Endereço: RUA QUERUMBINA BRINGEL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário 23/07/2018 05:48
Queixa: paciente, vítima de acidente de trânsito, chega ao serviço relatando dor abdominal e em msc
Fluxograma: TRAUMA TORACOABDOMINAL
Discriminador: DOR INTENSA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 13877 Nº: 438733 Horário 23/07/2018 05:57
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA / Exame Físico:

PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

A - VIAS ÁREAS PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE.

C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

D- GLASGOW 15.

E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR

SOLICITO EXAMES DE IMAGEM, RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

RECEBEMOS

16 ABR 2019

ALTA

Data: 23/07/2018 12:10

Maria Gerineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/07/201 05:48	TRAUMA TORACOABDOMINAL	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



VÁLIDA EM TODOS
OS TERMÍNOS NACIONAIS

1225700750

PROBANDO PLASTIFICADA

1225700750

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FRANCISCO JOSE MATIAS	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF 97029103498 SSP CE	
	CPF 634.532.233-49
	DATA NASCIMENTO 27/04/1979
FILIAÇÃO JOSE MATIAS NETO MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL	
PERMISSÃO	ACC CATINAR
04579650679	AD
Nº REGISTRO	14/09/2021 31/03/2007
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura de Francisco Jose Matias	
ASSINATURA DO PORTANTE	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 14/09/2016
69155004400 69155431439	
ASSINATURA DO DETRAN	
DETRAN-CE (CIVIL)	

<div>  <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> </div>			
<div> <div>  </div> <div> NOME CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA </div> </div>			
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DP 2001016014110 SSP CE		CPF 010.969.643-33	
DATA NASCIMENTO 28/07/1984		FIÇÃO DOMINGOS ANDRE DA SILVA CICERA MARIA DOS SANTOS SILVA	
PERMISSÃO []	ACC []	CATEGORIA A	
Nº REGISTRO 04985272697	VALIDADEZ 21/10/2019	1ª EMISSÃO 11/02/2010	
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;			
<div>  </div>			
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 23/10/2014	
<div>  </div> 39016488266 CE144330008			
DELEGADO (CE/CE/CE)			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014142454680
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 233669086 0000000000 2018

NOME
MARIA DE LOURDES MATIAS BRINGEL

CPF / CNPJ PLACA
01674499310 EOS2657/CE

PLACA ANT. / UI CHASSI
/CE 9C2KC1550AR175980

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES
[Observed text area with multiple lines of small print]

LOCAL DATA
PENAFORTE 26/07/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014142454680 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01674499310 EOS2657/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014142454680 12132763667

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/07/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 01674499310 EOS2657

RENAVAM MARCA / MODELO
233669086 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. CAT. TUB. Nº CHASSI
2010 PART 9C2KC1550AR175980

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TAXA A SEGURO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 00/00/0000

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 25.240.505/0001-04

MOTOR: KC15E5A175980

02951



014142454680

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

ASSINATURA



02951

EOS2657

CÓD. RENAVAM

233669086
197453 02951

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190123563 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO JOSE MATIAS, brasileiro (a), estado civil: CASADO
Profissão: ELETRICISTA, portador (a) do RG 97029103498,
órgão expedidor: SSP e do CPF: 634532233-49, residente no (a):
RUA GENEROSA MARIA DE JESUS nº 64, bairro: FREI DAMIAO
município: PENAFORTE.

OUTORGADO:

Cicero Daniel dos Santos Silva, brasileiro, solteiro, Profissão M.E.I, RG sob nº 2001016014110 - SSP
CE, CPF sob o nº 010.969.643-33, residente no ST Lambedor, nº 1505, cabeceiras, Barbalha-CE CEP
63180-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do
seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima
FRANCISCO JOSE MATIAS - COBERTURA INVALIDEZ-ACIDENTE-1230E/2018

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do **Beneficiário ou
Representante Legal**, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.



Francisco Jose Matias
Assinatura do outorgante

Local e data, PENAFORTE-CE, 17/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052663/19

Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS

CPF: 634.532.233-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE MATIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

FRANCISCO JOSE MATIAS : 634.532.233-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052663/19

Número do Sinistro: 3190123563

Vítima: FRANCISCO JOSE MATIAS

CPF: 634.532.233-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE MATIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE