

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11242308

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17
Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11242314

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17

Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Data Acidente: 19/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2017

Carta nº: 11398996

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro: 3170354677 ASL-0250251/17
Vítima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

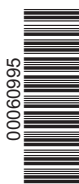
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11435905

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17

Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Data Acidente: 19/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11644543

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro: 3170354677 ASL-0250251/17
Vítima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004380-X

Conta: 000010005868-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose Hildebrão Alves de Menezes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 95024190610-3 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 02/02/1998 E
 CPF 820144003-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Motorista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Hildebrão Alves de Menezes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Plano de Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (início empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4380-A Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.888-8

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

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

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

Jose Hildebrão Alves de Menezes 24 de Março de 2016

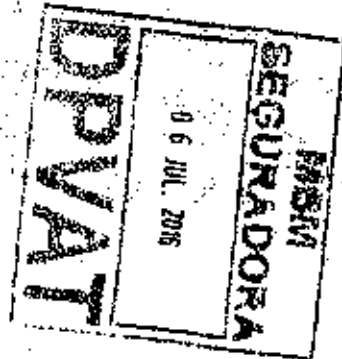
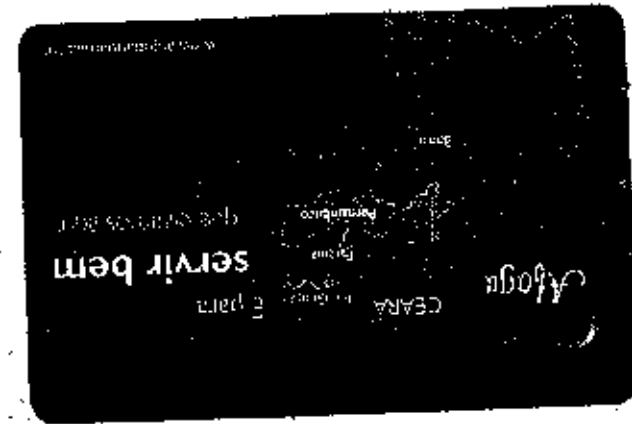
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



É COM O CORAÇÃO QUE A NOSSA FAMÍLIA VÊ VOCÊ

Contrato: 92321 Filial: NOVA OLINDA Cartão: 144722

Nome: Albertina Correia de Menezes

Márcia Kennedy Alves de Menezes	Antônio Correia de Menezes
Mário Zúlio Correia de Menezes	Francisco Hugo Alves de Menezes
Maria Lady-Jane Alves de Menezes	Walter Moreira de Lima
José Hidelânio Alves de Menezes	
Antônia Alves de Menezes	
Gabriella Moreira Menezes de Lima	
Isabel de Lima Costa	

- Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
- Este cartão tem validade de 12 meses.
- Em caso de extravio, perda ou roubo, comunicar imediatamente.
- O credenciado é responsável pelo seu uso.

Vencimento 30/03/2017

atendimentos@unipar.br



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Operação do seguro DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

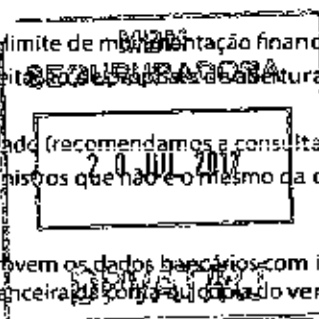
EU, João Hidelânio Aires de Menezes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.562.241-95-616 EXPEDIDO POR SSP-UF EM 02/02/1999 E
 CPF 820044003-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Hidelânio Aires de Menezes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de qualquer assinatura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4380-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5868-8

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

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

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

João Hidelânio Aires de Menezes de 02 de Julho de 2013 João Hidelânio Aires de Menezes
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3699 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **12/05/2016 15:35:49**
Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2016 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA TOMÁS OSTERNE DE ALENCAR**
Complemento:
Bairro: Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES**
Nascimento: **25/06/1979** CPF: **820.144.003-00**
RG: Órgão Emissor:
Filiação: **ANTONIA ALVES DE MENEZES**
ANTONIO CORREIA DE MENEZES
Endereço: **RUA SÃO JOSÉ, N**
Bairro: **FRANCY TELES** CEP:
Município: **NOVA OLINDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYH6182** UF: **CE** Município: **NOVA OLINDA** Chassi: **9C2KD03307R033515**
Renavam: **915757303** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo:
HONDA/NXR150 BROS ES Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível:
GASOLINA Cor: **PRETA** Proprietário: **HELIO LACERDA ALVES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

ADVERTIDO(A) das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPB. DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA BROS 150 DE COR PRETA E PLACA HYH-6182 QUANDO, NO ENDEREÇO SUPRA, UM AUTOMÓVEL DE COR AZUL CRUZOU A PREFERENCIAL E AMBOS COLIDIRAM; QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES DE "VILMA" (CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO) AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O TERMO DE ATENDIMENTO ACOSTADO AO SOI QUE, POR FIM, REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO. F nada mais, encerrou-se o presente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: CICERO

CICERO GRANGEIRO DOS SANTOS DENEIRA - MAT.: 1062132-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

VISTO DO DELEGADO(A):

GIULIANO VIEIRA SENA - MAT.: 198413-1-6

AUTENTICAÇÃO

Presente Cópia confere com o original. Data: **14 MAR 2016**

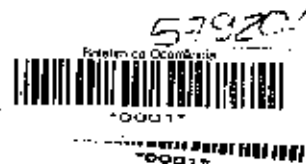
Novo Olinda - CE
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Assinatura: Helio de verificação

() José Assis Farias de Sousa - Diretor Interino
(x) Assis Farias de Lacerda Farias - Substituto
() Assis Farias de Lacerda Farias - Substituto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 449 - 8698 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **12/05/2016 15:35:49**
Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2016 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA TOMAS OSTERNES DE ALENCAR**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE HIDELANO ALVES DE MENEZES**
Nascimento: **25/06/1979** CPF: **B20.144.003-00**
RG:
Orgão Emissor:
Filiação: **ANTONIA ALVES DE MENEZES**
ANTONIO CORREIA DE MENEZES
Endereço: **RUA SÃO JOSÉ, 8**
Bairro: **FRANCY TELES** CEP:
Município: **NOVA OLINDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYH6182 UF: CE** Município: **NOVA OLINDA** Chassi: **9C2KD03307R033515**
Renavam: **915757303** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo:
HONDA/NXR150 BROS 25 Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível:
GASOLINA Cor: **PRETA** Proprietário: **HELIO LACERDA ALVES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

ADVERTIDO(A) das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPB, DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA BROS 150 DE COR PRETA E PLACA HYH-6182 QUANDO, NO ENDEREÇO SUPRA, UM AUTOMÓVEL DE COR AZUL CRUZOU A PREFERENCIAL E AMBOS COLIDIRAM; QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES DE "VILMA" (CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO) AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O TERMO DE ATENDIMENTO ACOSTADO AO B.O.; QUE, POR FIM, REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO, E nada mais, encerrou-se o presente.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **CPD**

CICERA GRANGEIRO DOS SANTOS PEREIRA - MAT.: 106212-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **JOSE HIDELANO ALVES DE MENEZES**

VISTO DO DELEGADO(A):

GIULIANO VIEIRA SENA - MAT.: 198413-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João Hidelânio Alves de Menezes, portador da carteira de identidade nº 45029190610-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 830.344.003-00, residente e domiciliado na Rua São João, nº 08, Fátima, Telêmaco, Cidade Nova Olinda, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Hidelânio Alves de Menezes

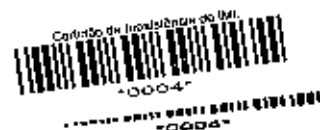
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Nova Olinda - CE, 24 de junho de 2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João Hidelbando Alves da Menezes, portador da carteira de identidade nº 45029190610-2 e inscrito no CPF/ME sob o nº 320.144.003-00 residente e domiciliado na Rua São João nº 08 Fátima Telha Cidade Nova Olinda Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Hidelbando Alves da Menezes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Nova Olinda - CE, 24 de maio de 2016

Local e data



Sao
Raimundo

Prontuário de Ato
Hidrológico



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bazzera de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Nº Atendimento: 352617

Convênio: BPA SUS

Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55

Matricula: 128968371930001

Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia:

Prepensionista: DIOGO

Tipo de Atend.: AMBULATORIAL

Local Atend.: CONSULTORIO

-----IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE-----

Paciente: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Pront: 76633

Data Nasç.: 25/06/1979 36

Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 95029190610

Endereço: RUA SAO JOSE 08 CASA

Cep.: 63165000 Bairro: CENTRO

Município: NOVA OLINDA

Estado: CE

Resp.: HELIO LACERDA ALVES

Data: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura distal do R.
(4º e 5º metacarpo)

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[Resid.] [Ambul.] [Intern.] [Outro]

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurgia [] Obst. [] Ped. [] Outros

REQUISICÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

[] ULTRASSOM

[]

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Tratamento

DIAGNÓSTICO

Curativo na ferida
desta 5º e 6º
=> Debridamento - Otimizar

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: 19/03/2016

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Paciente / Responsável

Sao
Rainundo

PROVA de Ato
Hidrológico



HOSPITAL SAO RAINUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Nº Atendimento: 352617

Convênio: BPA SUS

Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55

Matricula: 128968371930001

Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia: .

Atendimento: DIOGO

Tipo de Atend.: AMBULATORIAL

Atend. Atend.: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Pront.: 76633

Data Nas.: 25/06/1979 36

Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 95029190610

Endereço: RUA SAO JOSE 08 CASA

Cep.: 63165000 Bairro: CENTRO

Município: NOVA OLINDA

Cidade: CE

Resp.: HELIO LACERDA ALVES

Data: 95997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura de 1º e 2º

CONDUTA

(4º e 5º metacarpo)

ENCAMINHAMENTO

[Resid.] [Ambul.] [Intern.] [Outro]

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped.

MEM
SEGURADORA

06 JUL 2016

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

[] ULTRASSOM

[]

DPVAT

ATIVO DO ATENDIMENTO

Atendimento

DIAGNÓSTICO

Fratura de 1º e 2º metacarpo

PROCEDIMENTO

Atendimento

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

19/03/2016

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CFP: 40357740300

Helio Lacerda Alves
Paciente / Responsável

Medicamento Administrado Por
Data: 19/03/2016 Hora: 19:58

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

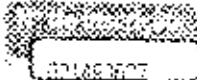
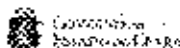
CLIENTE: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04380-X

CONTA: 000010005868-X

Nr. da Autenticação 68793DC7593A2921



Região de Atuação

Nome: LUIZ DE BERNARDI DO R.R.

Endereço: R. STR. LUIZ R. 1274 SNO MIGUEL

Cidade: JALUIZINA

UF: GOIÁS CEP: 73010-100

End. E-mail:

Cidade:

UF:

Valor: 02,00 Anos: 012 Cotas: 0000 Lote: 0001 Cota: 0000

Subtotal:

Parcialidade: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Faltante: 000

Informações sobre o produto

Nome: Produto: Lote: 0001 Cota: 0000 Lote: 0001 Cota: 0000

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN:

BSN:

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

BSN: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734 Lote: 1.000157734

CASA ECONOMIA FEDERAL
CAIXA AQUA

COMPROMISSO DE PAGAMENTO
ARRRACADA DE 02,00

11/08/2015 08:21:04
DATA DE EFETIVAÇÃO: 11/08/2015
CONVENIO: 00001733
OPERADORA: CAPOL

REPRESENTAÇÃO JURÍDICA
020400000004 000000000000
021400000000 000000000000

CONVENIO: CAGECE CIA AGS ERS DE
PASTO EFETUADO EM 11/08/2015

VALOR: 58,00

COD OPERADORA: 000018047

OPERADORA: ALCADA COM 8-KOL-SAC

CAIXA AQUA
E A CAIXA EM TUDO O BRASIL

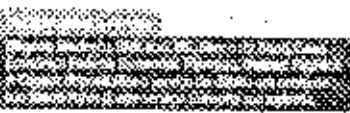
SAC CAIXA: 0800 726 7474 (atendimento)
Reclamações, sugestões e elogios

Para mais detalhes, consulte o manual ou
deixe o SAC 0800 726 7474

Exatidão: 0800 726 7474

Como pagar

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,25	VALOR DO SERVIÇO	57,35
COFINS	1,11	VALOR DO CASSINIO	11,35
		VALOR TOTAL A PAGAR	58,00
SICRAC		VENCIMENTO	
07/2015		18/08/2015	58,00



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

Para mais detalhes, consulte o manual ou deixe o SAC 0800 726 7474. Para mais detalhes, consulte o manual ou deixe o SAC 0800 726 7474. Para mais detalhes, consulte o manual ou deixe o SAC 0800 726 7474.





DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

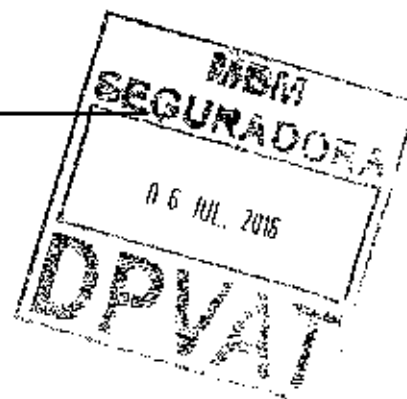
Pelo exposto, eu Luiz Alberman Moura, portador(a) do RG nº 305481411, expedido por SSP-CE, em 05/03/198, CPF/CNPJ nº 359.407.633-39,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Flore Ardeleano Alvaro de Menezes do sinistro de DPVAT da natureza lucro da vítima Flore Ardeleano Alvaro de Menezes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 3.500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, comp. de residência, Contas - Cheque.

Luiz Alberman Moura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Demonstrativo de Pagamento de Salário MÊS: 06/2016

EMPRESA: **DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP** LOCAL: **Departamento Administrativo**

CNPJ: **13.389.722/0001-21** **Joaquim da Norte** CEP: **03.020-000**

End: **AV AILTON GOMES 1628**

CADASTRO: **83** NOME: **LUZ ALBERNAN MOURA** Cargo: **ADVOGADO(A)** DATA ADMISSÃO: **02/05/2012**

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS
001	Salário Base	30.00	1.500,00	
302	INSS	9.00		135,00

CORDEIRO DE FREITAS

Uma família unida para cuidar da sua.

SALÁRIO BASE	SALÁRIO GROSSO MÊS	FAZENDA	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DOS DESCONTOS
1.500,00	1.500,00	0,00	1.500,00	135,00
BASE CALC. FOLG.	FOLG. DO MÊS	BASE CALCULO IRPF		VALOR LÍQUIDO
1.500,00	120,00	1.500,00		1.365,00

Data: _____ Assinatura: _____





DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Luiz Albernaz Moura, portador(a) do

RG nº 205431491, expedido por SSP-CE, em

05/03/94, CPF/CNPJ nº 559.467.633-39

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

Hidelbino Alves de Menezes do sinistro de DPVAT da natureza Lução

da vítima Jorge Hidelbino Alves de Menezes, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 3.500,00

Documentos comprobatórios: RG, CNH, Comp. de residência, Carteira - Cheque

Luiz Albernaz Moura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



MÊS/ANO
06/2015

Demonstrativo de Pagamento de Salário

EMPRESA: 232 DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP LOCAL: Departamento Administrativo
 CNPJ: 13.389.722/0001-21 End.: AV AILTON GOMES 1629 Juazeiro do Norte CEP: 63.020-000
 CARGO: ADVOCADO(A)
 CADASTRO: 83 NOME: LUIZ ALBERNAN MOURA DATA ADMISSÃO: 02/05/2012

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS
001	Salário Base	30,30	1.500,00	
302	INSS	9,00		135,00

GRUPO CORDEIRO DE FREITAS

Uma família unida para cuidar da sua.

SALÁRIO BASE	SALÁRIO CONTR. INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
1.500,00	1.500,00	0,00	1.500,00	135,00
BASE CÁLC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CÁLCULO DED.	VALOR LÍQUIDO	
1.500,00	120,00	1.500,00	1.305,00	

Data: _____ Assinatura: *Luiz Albernan Moura*





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HELIO LACERDA ALVES
RG nº 20000320110 data de expedição 16/08/2010 Órgão SSP/CE portador
do CPF nº 234.307.573-49, com domicílio na cidade de NOVA OLINDA, no
Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO BARCELIZO, nº 411, complemento ZONA RURAL declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima JOMALVA ALVES ALVES

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2007
Modelo: HONDA/NXR150 BROS.
Placa: HYH 6182
Chassi: 9C2K003307R033 515
Data do Acidente: 19/03/2016

Local e Data: NOVA OLINDA 14/05/2016

Helio Lacerda Alves
Assinatura do Declarante

VALIDO SOMENTE COMO
SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço a(s) assinatura(s) por Autenticidade	
<u>Helio Lacerda Alves</u>	
<u>14/05/16</u>	
Assinatura de verdade	
de Sousa - Tabelião de Fátima - Substituta de Fátima - Substituta	



Sao
Raimundo

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Nº Atendimento...: 352617 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: DIOGO Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Local Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront.: 76633
Dia Nasc.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA
Cep.....: 63165000 Bairro: CENTRO Município: NOVA OLINDA
Estado....: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES
Fone: 88997193517

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura 1ª e 2ª D.N.

CONDUTA

(4º e 5º metacarpos)

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Torção leve

DIAGNÓSTICO

Curvatura na 1ª e 2ª D.N.

PROCEDIMENTO

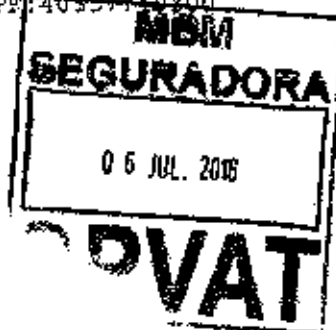
Diagnóstico - Obstrução

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357749300

Helio Lacerda Alves
Paciente / Responsável



0669

HOSPITAL SAO CARLOS

Fundação Leonardo Baezerra de Moraes
 Telefone: 36-3013-3600 Tele-fax: 36-3021-7000

FOLHAS DE ATERCIAMENTO ACUMULATORIAL

DATA (msec): 04/04/2016 09:37

354901

Convênio : FIA SUS

1stst: 4/14/2016 Horz: 00:32

20171221a: 1'686637'239001

Nome do denunciado: MARCELO FRANCISCO FERREIRA FLO

2553 - :

Zsolt Kovács, *PhD student*: **CORVIANE**

1275 de Interim: ENCLOSURE

"PROF. A. J. ... CONSULTOR"

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: JOSE RODELANIO ALVES DE MENEZES

Phone: 76633

456 348111 - 7:20/19-3 35

1908 Sexo: MASCULINO Nat.Civ.: CASADO

5.3: 5502219-612

FBI WASH DC JUNE 08 06 08 CA8A

Munich:capit:SOVA CLUBS

544-222-1111 CB #3300 Ref:CENTRO

$$L^2 = 30.0 \pm 0.6 \text{ CF}$$

2872... HELIO JACQUELYN ALVAREZ

$$50741 = 352^{\circ} 52.5' 3$$

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUCTA

NATUREZA DO ATENDIMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO	
1 - Clínica	2 - Cirurgia
3 - Obst.	4 - Ped.
5 - Oftalmol.	6 - Otorinolaringol.
7 - Dermatol.	8 - Ginecol.
9 - Geriatria	10 - Neurol.
11 - Psiquiatria	12 - Radiol.
13 - Reumatol.	14 - Urologia
15 - Endocrinol.	16 - Hematol.
17 - Pat. Infec.	18 - Pat. Sist.
19 - Pat. Card.	20 - Pat. Pulm.
21 - Pat. Digest.	22 - Pat. Hepatobiliar
23 - Pat. Renal	24 - Pat. Osteoart.
25 - Pat. Neuromuscul.	26 - Pat. Vascul.
27 - Pat. Endocr.	28 - Pat. Sist. Circ.
29 - Pat. Sist. Digest.	30 - Pat. Sist. Reprod.
31 - Pat. Sist. Urin.	32 - Pat. Sist. Musculoesquel.
33 - Pat. Sist. Nerv.	34 - Pat. Sist. Imunol.
35 - Pat. Sist. Hematol.	36 - Pat. Sist. Endocr.
37 - Pat. Sist. Circ.	38 - Pat. Sist. Reprod.
39 - Pat. Sist. Urin.	40 - Pat. Sist. Musculoesquel.
41 - Pat. Sist. Nerv.	42 - Pat. Sist. Imunol.
43 - Pat. Sist. Hematol.	44 - Pat. Sist. Endocr.
45 - Pat. Sist. Circ.	46 - Pat. Sist. Reprod.
47 - Pat. Sist. Urin.	48 - Pat. Sist. Musculoesquel.
49 - Pat. Sist. Nerv.	50 - Pat. Sist. Imunol.
51 - Pat. Sist. Hematol.	52 - Pat. Sist. Endocr.
53 - Pat. Sist. Circ.	54 - Pat. Sist. Reprod.
55 - Pat. Sist. Urin.	56 - Pat. Sist. Musculoesquel.
57 - Pat. Sist. Nerv.	58 - Pat. Sist. Imunol.
59 - Pat. Sist. Hematol.	60 - Pat. Sist. Endocr.
61 - Pat. Sist. Circ.	62 - Pat. Sist. Reprod.
63 - Pat. Sist. Urin.	64 - Pat. Sist. Musculoesquel.
65 - Pat. Sist. Nerv.	66 - Pat. Sist. Imunol.
67 - Pat. Sist. Hematol.	68 - Pat. Sist. Endocr.
69 - Pat. Sist. Circ.	70 - Pat. Sist. Reprod.
71 - Pat. Sist. Urin.	72 - Pat. Sist. Musculoesquel.
73 - Pat. Sist. Nerv.	74 - Pat. Sist. Imunol.
75 - Pat. Sist. Hematol.	76 - Pat. Sist. Endocr.
77 - Pat. Sist. Circ.	78 - Pat. Sist. Reprod.
79 - Pat. Sist. Urin.	80 - Pat. Sist. Musculoesquel.
81 - Pat. Sist. Nerv.	82 - Pat. Sist. Imunol.
83 - Pat. Sist. Hematol.	84 - Pat. Sist. Endocr.
85 - Pat. Sist. Circ.	86 - Pat. Sist. Reprod.
87 - Pat. Sist. Urin.	88 - Pat. Sist. Musculoesquel.
89 - Pat. Sist. Nerv.	90 - Pat. Sist. Imunol.
91 - Pat. Sist. Hematol.	92 - Pat. Sist. Endocr.
93 - Pat. Sist. Circ.	94 - Pat. Sist. Reprod.
95 - Pat. Sist. Urin.	96 - Pat. Sist. Musculoesquel.
97 - Pat. Sist. Nerv.	98 - Pat. Sist. Imunol.
99 - Pat. Sist. Hematol.	100 - Pat. Sist. Endocr.

REQUISICÃO DE PROCEDIMENTOS

57 RALC X

J. V. HILTASON

§ 1 ENDOSCOTIA

FIGURE 2.3 ADMINISTRATION

5154729-22

2000-01-17 14:00

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

DATE OF RECEIPT:

Dr. J. L. BARRON / FRANCISCO FERRER ALFARO
CARI 1072-11 / CAG 902879-1236

Positive : Negative

São
Raimundo

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 04/04/2016 09:33

N. Atendimento...: 354901 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 04/04/2016 Hora: 09:32 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: CRISTIANE Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOSE HIDELEANO ALVES DE MENEZES Pront.: 75633
Dta Nasç.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est. Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA
Cep.....: 63165000 Bairro: CENTRO Município: NOVA OLINDA
Estado....: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES
Fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X ☐ ULTRASSOM ☐ ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

MBM
SEGURADORA

18 OUT 2016

DPVAT

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Paciente / Responsável



0084

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Atendimento...: 352617 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: DIOGO Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Local Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront.: 76633
Data Nasc.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA
Cidade.: 63165000 Bairro: CENTRO Município: NOVA OLINDA
Estado.: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES
CPF.: 88997193517

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura aberta D.N.

CONDUTA

(4° e 5° metacarpos)

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurgia [] Obst. [] Ped. [] Oftalmol. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

Tratamento cirúrgico

DIAGNÓSTICO

Fratura aberta 4° e 5° metacarpos

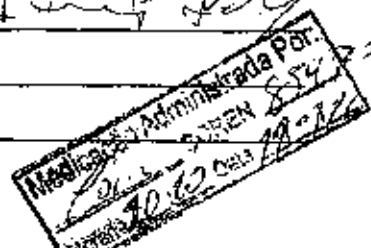
PROCEDIMENTO

Fixação com placa e parafusos

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300



Helio Lacerda Alves
Paciente / Responsável



0669



HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

2402/4414

9-193537

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Hidelanir Alves

Solteiro

Fisioterapia ✓

mao Dir # 2500. #

ND = Reabilitação

Lesões dos membros

superiores e inferiores

amb. c/ Tala gesso

Date:

02.05.16

Ao retornar favor trazer este receituário

Atendemos convênios e particulares

Av. Frederico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (86) 3523.2600

001 - 193537

001 - 193537





HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente

Widelaine Alves

Jose

encontra-se em tratamento

necessitando de

60

dias de

afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

C.I.D.

562

Crato-CE,

19, 3, 16

**MBM
SEGURADORA**

18 OUT 2016

DPVAT

Av. Teodoro de Faria, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3523.2600

DE - Atestado Médico

UNIVERSAL COPY - (88) 3523-2600 - CONTINUA

São
Raimundo



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 04/04/2016 09:33

N.Atendimento...: 354901 Convênio...: BPA SUS
Data Atendimento: 04/04/2016 Hora: 09:32 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia...:
Recepcionista...: CRISTIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend...: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente...: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront: 76633
Dta Nasc...: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço...: RUA SAO JOSE 08 CASA Município: NOVA OLINDA
Cep...: 63165000 Bairro: CENTRO
Estado...: CE Resp...: HELIO LACERDA ALVES
Fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmol. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X

☐ ULTRASSOM

☐ ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

MBM
SEGURADORA

18 OUT 2016

DPVAT

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Paciente / Responsável



440 846
0089

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Atendimento...: 352617 Convênio...: BPA SUS
Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia...
Recepcionista...: DIOGO Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Banco Atend...: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente...: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront: 76633
Idade Nasc...: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço...: RUA SAO JOSE 08 CASA Município: NOVA OLINDA
Doc...: 63165000 Bairro: CENTRO
Estado...: CE Resp...: HELIO LACERDA ALVES
CPF: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

Fratura de 1º e 2º metacarpais
(4º e 5º metacarpais)

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmol. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X [] ULTRASSOM [] ENDOSCOPIA

CONTINÚO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

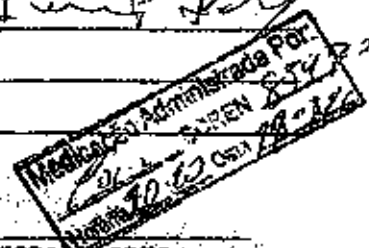
Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007324 CPF: 40357740300

Paciente / Responsável

MBM
SEGURADORA

18 OUT 2016

DPVAT



0669



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

2402/14 14
9.19353
RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Hidelmar Alves
Sobrito

Fisioterapia ✓

mão Dir # 25.0. #

ND - Reabilitação

lunares e múltiplas

artroses treated

med. c/ Talca gesso

02.05.16
Data:

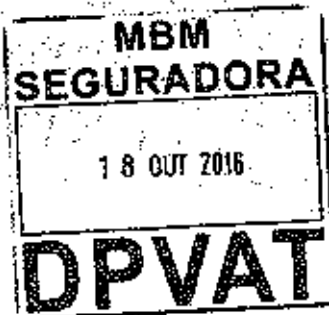
At informar favor trazer este receituário.

Atendendo condições e particulares

Av. Teodorino Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Oratório - PB - Tel: (88) 3523.2600

001 - 00000000

001 - 00000000 - 000 3523.2600 - 00000000





HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente Jose

Midelaine Alves

encontra-se em tratamento

necessitando de 60 dias dias de

afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

C.I.D.

562

Crato-CE,

19,

3,

de



Av. Teodoro Teles, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3623.2600

CE - Crato - Crato

CE - Crato - Crato

Examples

Paciente JOSÉ HIDELANIO ALVES DE MENEZES, 37A sofreu trauma com fraturas do 4º e 5º metacarpos direito sendo submetido a tratamento conservador com imobilização gessada por 45 dias. Realizou tratamento fisioterápico. Apresenta dificuldade de movimentos de flexão do 4º/5º quarto dígitos (D) com diminuição da força da mão (D). Portanto, apresenta LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO 4º e 5º QUARTO DÍGITO (D).

$$\begin{array}{r} 19 \\ \underline{05} \\ 14 \end{array}$$

DR. ROSENBERG FREITAS
MEDICO
CRM-CE 10.670

Rua São João, 301 - Centro
Bairro do Centro - IL
p. 2101 0020

Ao Ilustre Senhor: 2431
 Praça: Instituto de Avelar-CE
 no 3571 1874

66.3523 3700

Rua Henrique Meleles, 58
Curitiba - Paraná - CE
88 3552 1067

RETORNANDO TRAGA ESTA RECEITA

**MEM
SEGURADORA**

29 JUN 2017

DPVAT/RJ



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CEARÁ
CENTRAL DE ADVOCACIA

CARTELA

SOL ALBERTO MOURA

PROCURADOR

FABIANO RUIZ DE MOURA
FRANCISCO ROGERIO MOURA

PROCURADOR

ATO SANTO-CE

DOSSIER - ESPICE

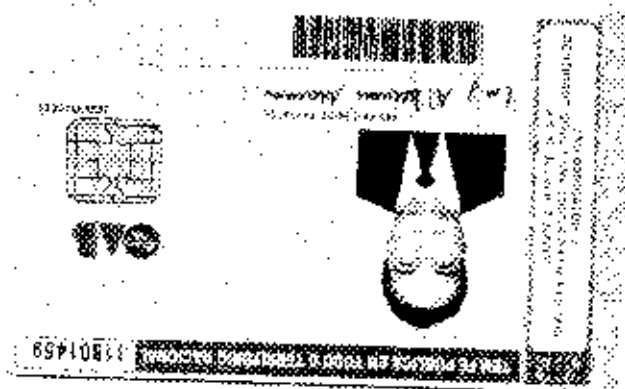
NÃO DECLARAO

067864922

550-427-235-84

01 1504104

SECRETARIA GERAL DE JUSTICA
BRASILIA





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE AVOGADO

NOME
LUIZ ALBERNAR MOURA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NUNES DE MOURA
FRANCISCA ROLCÃO MOURA
MATRÍCULA Nº
ALTO SANTO-CE

255421481 - SSP/CE
TÍTULO DE ESCRITA E TÍTULO
NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO
04/05/1972

SSN Nº 833.34

01 25042004

REPUBLICA DE PORTUGAL





MSM
SEGURODORA
06 JUL. 2015
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012460515490
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 Cód. RENAVAM: 00915757303 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2016

NOME: HELIO LACERDA ALVES
NOVA OLINDA / CE

CPF / CNPJ: 85430757349 PLACA: HYH6182/CE

PLACA ANT./UF: /CE CHASSI: 9C2KD03307R033515

ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB: 2007 ANO MOD: 2007

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

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTAS:

FAIXA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: NOVA OLINDA DATA: 19/04/2016

Assinatura: Agostinho Superintendente DETRAN - CE

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

CE Nº 012460515490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

012460515490
RECIBO CE Nº

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatasegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 19/04/2016

VIA: 01 CPF / CNPJ: 85430757349 PLACA: HYH6182

RENAVAM: 00915757303 MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2007 CAT. TARIF: 09 CHASSI: 9C2KD03307R033515

PRÊMIO TARIFÁRIO

PVS (R\$): 129,04 DENATRAM (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 1,11 TOTAL DO BILHETE (R\$): 292,01

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 13/04/2016

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KD03E37033515

01563

01563

HYH6182

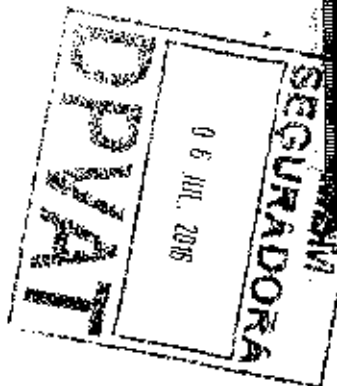
CÓD RENAVAM

00915757303
83006 01134

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

ASSINATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DETRAN - CE Nº 012460515490
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 Cód. RENAVAM: 00915757303 RÁTRC: 0000000000 EXERCÍCIO: 2016

NOME: HELIO LACERDA ALVES
NOVA OLINDA / CE

CPF/CNPJ: 85430757349 PLACA: HYH6182/CE

PLACA ANT / UF: /CE CHASSI: 9C2KD03307R033515

CONSUMÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES / 2007 / 2007

CAP / POT / cil: 2P/0CV/149CC CATEGORIA: PARTIC DTA PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTAS:

FAIXA I.PVA: PARCELAMENTO / COTAS:

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 129,04 DENTRAN (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 COTA ÚNICA: 13/04/2016

DATA DE PAGAMENTO: 13/04/2016

LOCAL: NOVA OLINDA DATA: 13/04/2016

Superintendente

CE Nº 012460515490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 19/04/2016

VIA: 01 CPF/CNPJ: 85430757349 PLACA: HYH6182

RENAVAM: 00915757303 MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2007 ANO US: 09 NÚMERO CHASSI: 9C2KD03307R033515

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$): 129,04 DENTRAN (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 COTA ÚNICA: 13/04/2016

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.948.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KD03E37033515

01563

012460515490
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

01563
HYH6182
Cód. RENAVAM:
00915757303
B3006 01134

DPVAT
06 JUL 2016
SEGURADORA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170354677 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES **Data do acidente:** 19/03/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 4º e 5º metacarpo da mão direita.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio das articulações metacarpo falangeanas levando a perda parcial da força e amplitude de movimento da mão direita.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do segmento afetado (aparelho gessado em mão direita por 60 dias), complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Bloqueio das articulações metacarpo falangeanas da mão direita.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/09/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



0020

MEM
SEGURADORA

16 JUN 2017

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender

LUIZ ALBERTO MOURA

TELEFONE / Phone number

(88) 8855 8673

ENDEREÇO / Address

R. STA LUZIA, 1777 - SÃO MIGUEL

CEP / Zip

63499010

CIDADE / City

JUAZ DO NORTE

UF / State

CE

PAÍS / Country

BRASIL



765000717

RECEBIMOS A ENTREGA DESTA CARTA CORRESPONDENTE
A 0020 (Código de rastreio) de 01/06/2017

DEVOLUÇÃO / Return

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haveria-se (Never) | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Recusado (refused) | <input type="checkbox"/> Endereço (address) |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown) | <input type="checkbox"/> Não existe (Does not exist) |
| <input type="checkbox"/> Não procurado (not found) | <input type="checkbox"/> Outros (Other) |
| <input type="checkbox"/> Ausente (absent) | |

Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1° ___ dia ___ mês ___ ano 2° ___ dia ___ mês ___ ano 3° ___ dia ___ mês ___ ano

- ☐ Informação prestada pelo porteiro ou
Information provided by the doorman or the
☐ Reintegrado ao serviço postal em
Reinstated to postal service

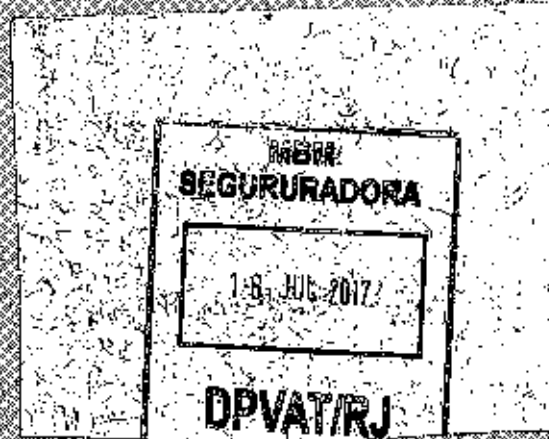
Data:
DateAssinatura:
Signature



DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
MGM-FILIAL/RJ - RUA ALVARO ALVIM, 21 - 3º ANDAR			
ENDEREÇO / Address			
DEPARTAMENTO DPVAT - CENTRO RIO DE JANEIRO - AC/VERA CATALDO			
CEP Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031-010	RIO DE JANEIRO	RJ	BREASIL



[ETIQUETA DO CORREIO MP]



REMETENTE:

CORDEIRO E FREITAS LTDA (ALBERNAN MOURA)

AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE

DEVOLUÇÃO /

- ☐ Multa por atraso
- ☐ Recusado pelo destinatário
- ☐ Desconhecido
- ☐ Não procurado
- ☐ Ausente pelo remetente

Tentativas de entrega

1ª - 2ª - 3ª

- ☐ Informação e informação p...
- ☐ Reintegrado
- ☐ Refusado por...

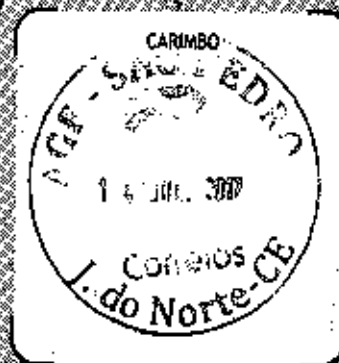


RECLAMAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE





AM



DESTINATÁRIO:

MBM- FILIAL RJ

ENDEREÇO: RUA ALVARO ALVIN, Nº 21

3º ANDAR- RIO DE JANEIRO/RJ


CEP: 20031-010

A/C: VERA CATALDO

TELEFONE/Phone number

PAIS/Country



REMETENTE:  **Correios**

CORDEIRO E FREITAS LTDA (ALBERNAN MOURA)

AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE

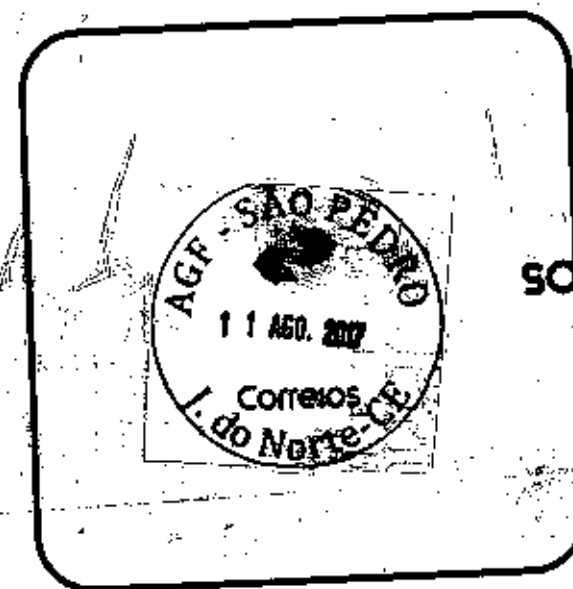



**MEM
SEGURADORA**

15-AGO-2017

DPVAT/RJ

OS



 **Correios**

DESTINATÁRIO:

MBM- FILIAL RJ

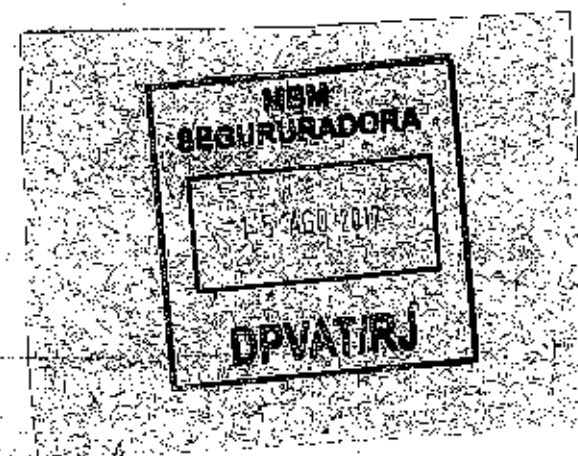
ENDEREÇO: RUA ALVARO ALVIN, Nº 21

3º ANDAR- RIO DE JANEIRO/RJ

 **Correios**
CEP: 20031-010

 **Correios**
A/C: VERA CATALDO

 **Cor**
Telefone



CARTÓRIO - OFÍCIO
Foro de São José

Reconheço a(s) Gráfica(s) por Autenticidade de:

Jose Mariano Felizes
de RENESELE

16/06/16

21/06/16

Em test. (Assinatura) de verdade

() José Avolino Felizes de Sousa - Titular Interino
 () Ana Teles de Lencarda Felizes - Substituta
 () Anna Marcellyna Leão Felizes - Substituta

