

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10878259

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218522 ASL-0153923/17
Vitima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES
Data Acidente: 11/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10952749

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Sinistro: 3170218522 ASL-0153923/17
Vítima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES
Data Acidente: 11/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11072180

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Sinistro: 3170218522 ASL-0153923/17
Vítima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES
Data Acidente: 11/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 000002940-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170218522 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JULIO DE MARIA LIMA SOARES**
Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO RIACHO DO MATO nº 0 - CURRAL VELHO - CRATEUS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 341831899 - SSP**
Data local do exame: **11/05/2017 CRATEUS/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Paciente refere traumatismo na perna direita no dia 11/08/2016 com fratura do terço distal da perna submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo. evoluiu com edema em tornozelo direito e limitação leve da flexo extensão do tornozelo direito

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

deficit funcional leve do tornozelo direito

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - CRATEUS, 11/05/2017

Médico Perito: JAMIL SANCHES JORQUERA CRM:6945/CE

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Divisão Financeira - 02/0001/2017

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHER

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, Julio de Maria Lima SoaresPORTADOR(A) DO RG Nº 3418318 99 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 15/10/1999 ECPF 150341191-53 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Julio de Maria Lima Soares, 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 do Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUpanÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

MBA
SEGURADORA

19 ABR 2017

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0747 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002940-8

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.

Ordem-CE, 17 de Março de 2017

LOCAL E DATA

Julio de Maria Lima Soares

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.



4392 4392 6709 1017 3010

JULIO MARIA LIMA SOARES

0747 001 00002940-8 04/17

VISA

ELECTRON

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

MSM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DE VAT/RJ



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3998 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/11/2016 13:36:52**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2016 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONTADOR RAQIMUNDO, LUIZ**
Complemento:
Bairro: **CIDADE 2000** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

MBM
SEGURANÇA
19 ABR 2017

DPVAT

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIO DE MARIA LIMA SOARES**
Nascimento: **25/08/1953** CPF: **150.341.191-53**
RG: **341831899** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FILOMENA DE SOUSA LIMA**
PEDRO RODRIGUES SOARES
Endereço: **SITIO LOCALIDADE DE RIACHO DO MATO S/N** CEP: **63.700-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNA4801** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC2210GR028199 Renavam: **1079011703** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA GEANE MELO SOARES**
MARQUES Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ABALROAMENTO

Histórico

Afirma a vítima que vinha na garupa da motocicleta Marca/Modelo:
HONDA/CG 160 TITAN EX, Ano de Fabricação: 2016
Ano do Modelo: 2016, Cor: VERMELHA, Placa: PNA-4801, RENAVAM:
1079011703, Número Chassi: 9C2KC2210GR028199, conduzida por MARIA
EDNA MELO SOARES; QUE um carro invadiu a preferencial na BR-204 e o
referido veículo colidiu com a motocicleta em que estava; QUE foi atendido
pelo Corpo de Bombeiros e socorrido ao Hospital São Lucas; E NADA MAIS
DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT. 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

PAULO RENATO MOREIRA SALES DE ALMEIDA - MAT. 300564-1-8

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



CARTÓRIO CAVALCANTE
Rua Cel. Lucio, 569
Centro - Fone: 3091-4194
CRATEUS - CEARÁ

Autentica, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada
Dou fe
CRATEUS - CE
16 DEZ 2016
Em Teste de Verdade
Bela Sílvia Barros Cavalcante - Oficial
Fátima Barros Cavalcante - Substituto
Sônia Barros Cavalcante - Substituto
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
de Ofício Registrado de Imóveis
Francinelly Soares de Oliveira
Pág. 111

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Julio de Maria Lima Soares, portador da carteira de identidade nº 3418318 99 e inscrito no CPF/MF sob o nº 150.341.191-53 residente e domiciliado na P. Piachá do Mato, S/N Cidade Crateus, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Julio de Maria Lima Soares

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Crateus-CE, 17 de Março de 2017

Local e data





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 2714



ESTACIÃO: CRATEUS DATA: 11/08/16 Nº DA ASS.
NOME: JULIO MIRA LIMA SOARES
IDADE: 33 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA OUTRADA TRAVESSA 1015
BAIRRO: CIDADE NOVA

HORA DA OCORRÊNCIA: 10:00
CHEGADA AO LOCAL: 10:05
SAÍDA
CHEG

TIPO DE OCORRÊNCIA:

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO
02. () AGRESSÃO
03. () DESABAMENTO
04. () INTOXICAÇÃO
05. () AFOGAMENTO
06. () QUEIMADURA
07. () CHOQUE ELÉTRICO
08. () QUEDA

RAZÃO DO ATENDIMENTO: CONTUSÃO GÁSTRICA CARPO E U

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()		QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()		FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()		NORMAL (X)	NORMAL ()	NORMAL (X)	
NORMAL (X)				AUSENTE ()	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ()	IRREGULAR ()	NORMAL (X)		AUSENTE ()	
FRACO (X)	AUSENTE ()	RETARDADO ()		MÍNIMO (X)	
REGULAR ()		AUSENTE ()		MODERADO ()	
				INTENSO ()	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)		CONFUSA ()		PUPILAS	
RESPONDE A COMANDO ()		ININTELIGÍVEL ()			
RESPONDE A DOR ()		NENHUMA ()			
SEM RESPOSTA ()					

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

25 ABR 2017

DPVAT

SEGURADORA

DPVAT/RJ

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA NA TÍBIA E FÍRULA DO

TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA.

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO
() OXIGÊNIO
() ASSIST. VENTILATÓRIO
() RCP
() ASSIST. OBSTÉTRICA
(X) CURATIVOS
(X) BANDAGENS
(X) IMOBILIZAÇÕES DE MÊMBROS
(X) FÉRULA DE TRACÇÃO
() LÍQUIDO EV.

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

CONFERE COM O ORDEM

Gratidão Ce 712 2016

Recibido

SGT DA SILVA

SOCORRISTAS

Mora 01/01 - 01/12/2016 - 01/01/2017



Atestado, para os devidos efeitos, a presente, após repatriação do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada.

Cartório de Registro de Imóveis
CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS
CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS
CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS

Em Teste, às 15h30min de 27/08/2016.

Bel. Simone B. de Carvalho - Oficial
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

(X) COLAR CERVICAL
(X) OUTRO

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Nayane Carreira Santiago
Especialista em Registro de Imóveis

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: 26/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000002940-8

Nr. da Autenticação 73544FB2A1B0C69C

Nº DO CLIENTE
5994054-9



Documentos em identificação
002100

28 38000 02 162000 - 0
JULIO DE MARIA LIMA SOARES
PV RIACHO DO MATO 02000
CURRAL VELHO - CRATEUS - 63700000
10906054
04-RURAL MONOFASICO
150341191-53
434381443
10/06/2016
0020 0000

Jun/2016 12/07/2016 12/07/2016
VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 03/2016
JUROS DO MES
36,07
0,90
0,73

VENCIMENTO 10/08/2016 TOTAL PAGAR (R\$) 37,70

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO	36,07
MULTA MORATORIA	0,90
JUROS	0,73
TOTAL	37,70

Informações importantes e avisos de vencimento

MSM
SEGURADORA

19 ABR 2017

CPVAT/RJ

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 Raiz Albernaz Moura, portador(a) do

RG nº 205481491, expedido por SSP-CE, em

05 / 03 / 91, CPF/CNPJ nº 559.467.633-34,

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

Maria Lima Soares do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade

da vítima Julio de Maria Lima Soares, e conforme


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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: RG, CNH, OAB, Comp. de residência e contracheque.

Raiz Albernaz Moura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Demonstrativo de Pagamento de Salário				MÊS/ANO 06 / 2015	
EMPRESA 232 - DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP		LOCAL Departamento Administrativo			
CNPJ: 13.389.722/0001-21		Juazeiro do Norte CEP: 63.020-000			
End: AV AILTON GOMES 1628					
CADASTRO 83	NOME LUIZ ALBERNAN MOURA	Cargo ADVOGADO(A)		DATA ADMISSÃO 02/05/2012	
CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS	
001	Salário Base	30.00	1.500,00	135,00	
302	INSS	9.00			
 CONDEIRO DE FREITAS LUIZ ALBERNAN MOURA ADVOGADO					
SALÁRIO DE 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 CALC. FGTS		FGTS NO MÊS	BASE CALCULO IRRF	VALOR LÍQUIDO	
1.500,00		120,00	1.500,00	1.365,00	
Data: _____ Assinatura: _____					

MSM
SEGURADORA

19 ABR 2017

CPVAT/RJ

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, FRANCISCA GEANE MELO SOARES MARQUES,
RG nº 3304995-98 data de expedição 13/07/98,
Órgão SSP, portador do CPF nº 933363973-72, com
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA VIRGÍNIA DE PINHO BORGES, nº 46,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima JULIO DE MARIA L. SOARES cujo o condutor era
MARIA EDNA MELO SOARES.

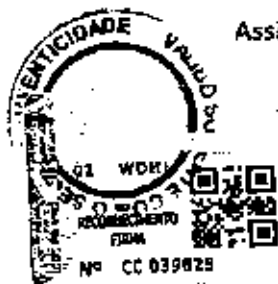
Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CB 160 TITAN EX
Ano: 2016
Placa: PMA 4803
Chassi: 9C2KC22106R028139
Data do Acidente: 11.10.2016
Local e Data: CRATEÚS/CE - 16.12.2016



+ Fca Geane Melo Soares Marques
Assinatura do Declarante

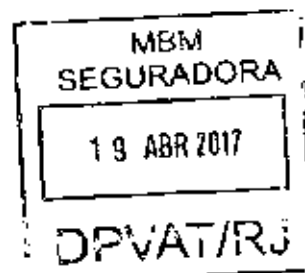
Maria Edna Melo Soares

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CAVALCANTE Rua Coronel Lúcio, 569 Centro - Fone: 3691-4194 CRATEÚS - CEARA	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade <u>Francisca Geane Melo Soares Marques</u> Doutor CRATEÚS - 16 DEZ. 2016
	Em Teste _____ de _____ <input type="checkbox"/> Bel. Silvânia Barreto Cavalcante Junior Pimentel Ferreira Soraya Barreto Cavalcante VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Francineire Soares de Oliveira
INVENTAR - AUTENTICADA -





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 2714



ESTACÃO: CRATEUS DATA: 11/02/16 Nº DA ASS.:
NOME: JULIO MATEUS LIMA SOARES
IDADE: 03 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA OUTROS PRINCIPAIS
BAIRRO: CIDADE NOVA

HORA DA OCORRÊNCIA: 10:00
CHEGADA AO LOCAL: 10:05
SAÍDA:
CHEG: Vou como prova

TIPO DE OCORRÊNCIA:

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO
02. () AGRESSÃO
03. () DESABAMENTO
04. () INTOXICAÇÃO
05. () AFOGAMENTO
06. () QUEIMADURA
07. () CHOQUE ELÉTRICO
08. () QUEDA

de cho eletrônico. CIA
no!

RAZÃO DO ATENDIMENTO: CONTAÇÃO ENTÃO CARPO E U

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO () CONGESTO () NORMAL (X)	QUENTE () FRIA () NORMAL (X) SECA () UMIDA () NORMAL ()	SUPERFICIAL () DIFÍCIL () NORMAL (X) AUSENTE ()
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE () FRACO () REGULAR (X) IRREGULAR () AUSENTE ()	NORMAL (X) RETARDADO () AUSENTE ()	AUSENTE () MÍNIMO (X) MODERADO () INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA (X) RESPONDE A COMANDO () RESPONDE A DOR () SEM RESPOSTA ()	NORMAL (X) CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	 D: mm REAGENTE () SEM REAÇÃO () E: mm REAGENTE () SEM REAÇÃO ()

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/RJ

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA NA TÍBIA E FÍRULA DO

TEPO DISTAL DA PERNA DIREITA

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO
() OXIGÊNIO
() ASSIST. VENTILATÓRIO
() RCP
() ASSIST. OBSTÉTRICA
(X) CURATIVOS
(X) BANDAGENS
(X) IMOBILIZAÇÕES DE MÊMBROS
() FÉRULA DE TRAÇÃO
() LÍQUIDO EV:

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: HSL

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

ONFERA COM O ORIGIN:
Gratidão Co. 7112 2016

Recrúta (9)

SGT DA SILVA

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

SOCORRISTAS

Mapa Gráfico - (32) 29421-0000 / 24000-1400



QUANTO, para os devidos efeitos, a presen-
cia reprográfica do documento que nãto
apresentado em Cartório pela parte interessada

27 OUT 2016
Fm Teste

Cartório de Registro de Imóveis
Rua da Lapa, 100 - Lapa
Cidade do Rio de Janeiro - RJ
02201-000

(X) COLAR CERVICAL
(X) OUTRO

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Nayana Carolina Bampolo
Escritório: 111 - 111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEM
SEGURADORA

19 ABR 2017

OPVAT/R

Julio de Kariera Lima Soares MÉDICO:

PRONTUÁRIO: 93900108 DATA: 20/08/16

SUS

LEITO: 7.1

SETOR: C.C.T.

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

20.08.16 AS 07:50HS PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALEZA EM 1º P.O. DE OSTEODISSEINTESE DE FRATURA DE TERÇA 'E' L. WRATEM NO LOCAL. SEM - QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUL ROS C.G.F. PA: 120x80mmHg P: 78bpm R: 19rpm T 36°C 50% 97%.

AS 12:10hs pt recebe alta hospitalar com receita e aviso de alta e atestado. *Vanderlândia 692.587-NE*

Município: CRATEUS-CE									
PACIENTE								LEITO	
TIPO DE CIRURGIA									
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	TEMPO DE SALA			
						RESPIRAÇÃO		P. ARTERIAL	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA			
AP. RESPIRATÓRIA									
AP. CIRCULATORIO									
AP. DIGESTIVO									
AP. URINÁRIO									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA									
HORA									
EFETO									
HIPOTENSORES									
OUTROS									
INDUÇÃO									
SATISFATÓRIO									
EXCITAÇÃO									
LARINGOSPASMO									
LENTA									
TOSSE									
NÁUSEAS									
VÔMITOS									
OUTROS									
MANUTENÇÃO									
REFLEXOS NA SO									
CONSTRUÇÃO									
CO2									
EXCITAÇÃO									
NÁUSEAS									
VÔMITOS									
OUTROS									
PARA O LEITANTE									
SEGURADORA									
CONDIÇÕES									
19 ABR 2017									
BALANÇO									
PÉSSIMO									
VOLUME SANGÜÍNEO									
TEMPO CIRÚRGICO									
DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO									
DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA									

PACIENTE

Prontuário: 023903
Data de Int: 18/08/2016
Convênio: SUS
Município: CRATEUS-CE

LEITO

ÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Operação de Tiro e Pêlo

CIRURGIÃO

Dr. Adriano

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Johannes

CRM

TIPO DE ANESTESIA

CRM

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Deiza

CIRCULANTE

Fernando

ACHADOS OPERATÓRIOS

- 1) Derivado da pele
- 2) Aderência com o músculo
- 3) 2mm de espessura
- 4) 2mm de espessura
- 5) 2mm de espessura
- 6) 2mm de espessura
- 7) 2mm de espessura
- 8) 2mm de espessura
- 9) 2mm de espessura
- 10) 2mm de espessura

Dr. Adriano
CRM 111111

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÉC. CAMILLO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S-BSC

2 - CDES

24841073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S-BSC

4 - CDES

24841073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Julio de Maria Lemos Soares

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

23900

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1953

9 - SEXO

MASC. ☒FEM. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Fibromina de Sousa Lemos

ODD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Manoel Carlos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gratão

14 - COD. ISGE MUNICÍPIO

15 - UFE

CE 63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

1 RAMO, Perme em Anel
Omita Reforça que Causa Dica
for volume de Anel de Transir

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de morte

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Mme REX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fibromina Lemos D

21 - CID 10 PRINCIPAL

5822

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Laparotomia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01601801610190

26 - CLÍNICA

+

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

0

28 - DOCUMENTO

() CNS ☒ CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

210489125304

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Camilo Martins
Médico
CRM 152

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO CONTRATO

38 - RERTE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CDDP

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

Dr. Camilo Martins

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Médico
CRM 152
OAB 152MBM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/RJ

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL DE SAO LUCAS

CRATEUS - CE

Data de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Matrícula 023900 Atendimento 0006 Nome do Paciente JULIO DE MARIA LIMA SOARES

CPF 341531899

Data de Nascimento 22/08/1955

Local CRATEUS/CE

PEDRO RODRIGUES SOARES

Endereço DISTRITO CURRAL VELHO, 2404

Cidade SAO JOSE

Mãe FILOMENA DE SOUSA LIMA

CEP 63700-000

Município CRATEUS

CNS 700807956805780

Estado Civil Solteiro(a)

Guia de Autorização

Sexo Masculino Idade 62 Anos(s)

UF CE Telefone 88 94688101

Responsável FRANCISCA CEANE MELO SOARES

CPF do Responsável

Endereço DISTRITO CURRAL VELHO, 2404

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data de Atendimento 19/03/2017 Hora 07:04 Convênio SUS

Nome do Médico ADRIANO DOS SANTOS SCATENA

Endereço do Paciente

Matrícula

CID

CRM/UF 16761/CE

Funcionário

PAMELA MARQUES SOUSA

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Data/Hora Liberação

às 15h

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Altura (cm)

Peso (kg)

P (kg/m²)

Â (mmHg)

PA (mmHg)

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

Fantasma para D

RT DA PERNA D.

ECG.

RT de TÓRAX MP

Adriano Martins
MEDICO
CRM 6253

MBM
SEGURADORA
19 ABR 2017
OPVAT/RJ

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA CEANE MELO SOARES

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Julia de Maria L. SoaresPRONTUÁRIO: 23900POSTO: DLEITO: 7.1

DATA

*Exame Aferido AIT
Cura Cirúrgica*

Amigdalotomia
MEDICO
CRM 6253

19/08 Procedimento cirúrgico sem internamento

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

20/08 MTS HSP 22.120

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

MBSA
SEGURADORA

19 ABR 2017

SPVAT/RJ

HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome		JULIO DE MARIA LIMA SOARES	
Nascimento	Local	CRATEUS	
25/08/1953			
Sexo	País Nacionalidade	Brasil	
Masculino			
Documentos(s)	Estado Civil	Solteiro(a)	
Identidade: 341831899			
Endereço	CNPJ	70.0807.958.8057-80	
DISTRITO CURRAL VELHO			
Fone	Profissão	Nº	2404
(88) 0468-8101		SAO JOSE	
Responsável	Empresa	CRATEUS-CE	
JULIO DE MARIA LIMA SOARES			
Endereço Responsável	CPF do Responsável	Fone Empresa	
FREI VIDAL DA PENHA, 2404		63700-000	
Mãe	Conjuge	Fone Responsável	
FILDMENA DE SOUSA LIMA			
	Pai	PEDRO RODRIGUES SOARES	

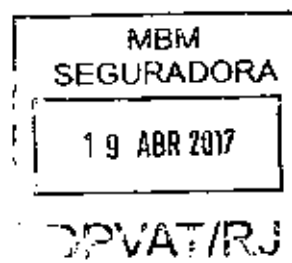
DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Març	Quarta-Feira	Apresento	Clinica	Sector
18/08/2018 11:25	007-0001	ENFERMARIA	CIRURGICA	CLINICA CIRURGICA
Convênio	Matrícula	Autorização	Dias	Guia
SUS			0	
Médico			CRM	6253
FRANCISCO ELANILDO MARTINS				
Cid Principal				
Observação		Cid Complementar		
Usuário	Procedimento SUS			
VIVIANE BARBOSA LIMA				
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída	Sisprestat

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 18 de agosto de 2016.



Assinatura do paciente
Assinatura da expressão: VIVIANE BARBOSA LIMA

Assinatura do responsável



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

150.341.191-53

Nome

JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Nascimento

26/08/1953

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

1625.50BA.C5A5.9BF5

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:46:09 da dia 22/11/2013 (hora e data de Brasília;

digito verificador: 00



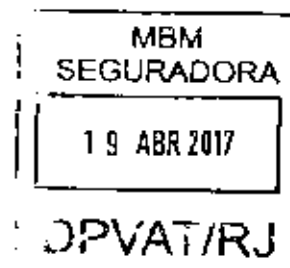
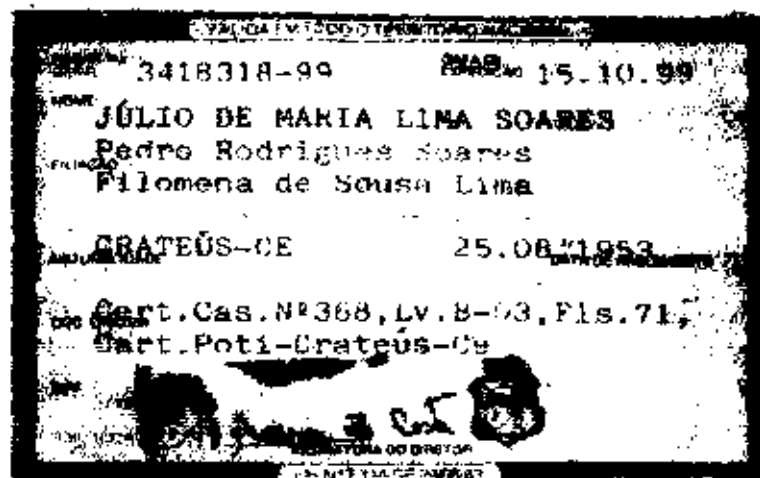
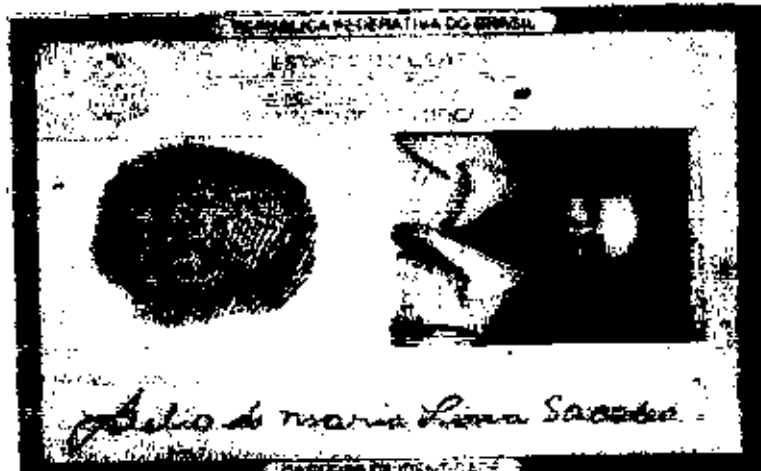
"0012"

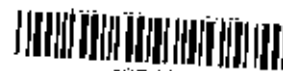
Autenticação da impressão

MBM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/RJ






Cw'edeg de higazylindia dn 1991



[illegible]

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11801459



RESOLUÇÃO DE FIDELIDADE

Luiz Alberto Gomes



MBM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/RJ



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
LUIZ ALBERNAN MOURA

Patrono
RAIMUNDO NUNES DE MOURA
FRANCISCA ROLDÃO MOURA

Localidade
ALTO SANTO-CE

Ass
205431491 - SSP/CE

Assessoria de Gestão e Tecnologia
NÃO DECLARADO

Ata de Vere. Sec. 13

94-9671972

CPF

069-487-882-54

EM **SEPTENBR 18**

81 **25/04/2014**

VACANTEIRO JACQUES MONTENEGRO
PROCURADOR

18315

MBM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012410130110
CRDD 01 1079011702 A 8000000000 2016

FRANCISCO DE ASSIS GOMES MARTINS
CRATEUS

9133659 FNA-601

PAS MOTOCICLO/NAO-ALIC. GASEOL

HONDA/CG 160 TITAN EX 2016 2016

2P/05V/162CC PARTI VERMELHA

IPVA	COFA UNICA	VERED. COFA UNICA	1
***	*****	*/**/**	2
***	*****	*/**/**	3

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 00,00

AL. FID. RENIN DE CONS. NACIONAL HONDA
A LTDA;

CRATEUS 24/02/2016

DPVAT/RJ

19 ABR 2017

SEGURADORA
MIBM



REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
TOMAS DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
TRANSFERRÊNCIA DE LICENCIAMENTO

CE Nº 012410130110 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA BOMBAIO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 027 1204

2016 24/02/2016

9133659372 FNA4601

HONDA/CG 160 TITAN EX

2P/05V/162CC 902/C2210GR028193

PRÊMIO TARIFARIO

PRÊMIO	PRÊMIO	PRÊMIO	PRÊMIO
00,00	00,00	00,00	00,00

00,00/0000

DESPACHANTE
SEGURADORA LIDER DPVAT
OTOR. KC228100202000000104
www.seguradoralider.com.br

518-428

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218522

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Data do acidente: 11/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Paciente refere traumatismo na perna direita no dia 11/08/2016 com fratura do terço distal da perna submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo.

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional leve do tornozelo direito

Resultados terapêuticos: submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo. evoluiu com edema em tornozelo direito e limitação leve da flexo extensão do tornozelo direito

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: JAMIL SANCHES JORQUERA

CRM do médico: 6945

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





0029

MADE IN BRAZIL

SEDEX®

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 - CE



116600187



AMBIENTE
100%



07

Tentativa

1ª

2ª

3ª

Data
Outra



B 317

ORDEM: 5
OPE: 89505336 ESTAÇÃO: 19

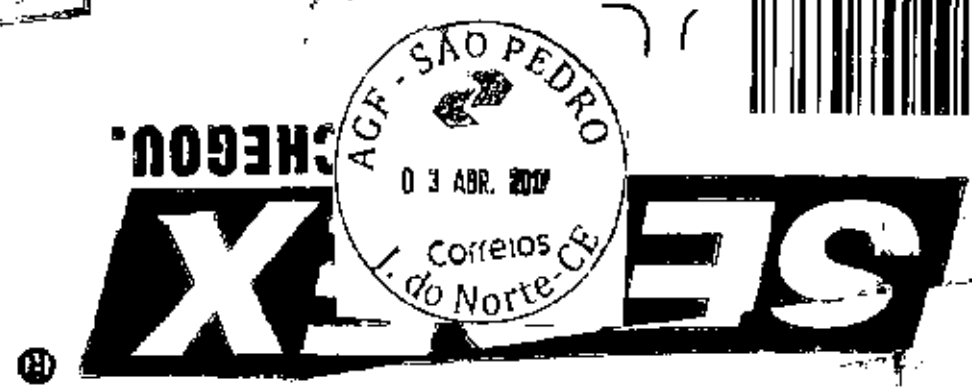
Recebido por:
Documento:



Correios ☒ AR ☐ NP
PESO (kg) 3,42



DY 17067625 0 BR



DESTINATÁRIO:

BRM- FILIAL RJ

DESTINATÁRIO: S. PAULO ALZ/IN. N7 21

ENTRO- RIO DE JANEIRO/RJ

CP 2003 011

0. 4642 / 1 11 11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218522 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES **Data do acidente:** 11/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Comunicação de nº 01 de 01/01/2016

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JULIO DE MARIA LIMA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: VIGIA
Identidade: 3458318-99 CPF: 150.341.591-53
Endereço: PV RIACHO DO MATO, DISTRITO: CURRAL-VELHO

OUTORGADO:

Nome: LUIZ ALBERTO MOURA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 205481491 CPF: 559.467.633-34
Endereço: RUA SANTA LUZIA, Nº 577, BAIRRO - SÃO MIGUEL

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 MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, 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



JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Local e Data: CRATEUS - 16.12.2016

Julio de Maria Lima Soares

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO CAVALCANTE
Rua Coronel Lúcio, 569
Centro - Fone: 3691-0194
CRATEUS - CEARÁ

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
Julio de Maria Lima Soares
Dou fé CRATEUS 16 DEZ. 2016
Em Teste de Veridade
JSO
☐ Bel Silvéria Barreto Cavalcante
☐ Junior Pimentel Ferreira
☐ Soraya Barreto Cavalcante
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Fidelidade Soares de Oliveira
158.969.911-11



MBM
SEGURADORA

19 ABR 2017

DPVAT/R