

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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251626

Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Data do Acidente: 03/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251626

Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Data do Acidente: 03/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251626 **Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS**

Data do Acidente: 03/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000750

Conta: 0000025195-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 2977 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 21/08/2018 16:37:18

Data / Hora da Ocorrência: 03/01/2018 07:30:00

Endereço da Ocorrência: SITIO PEDRA BRANCA

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência: MOTEL FACINAÇÃO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Nascimento: 25/09/1983 CPF: 927.855.493-68

CNH: 04133324001 Orgão Emissor: DETRAN

UF: CE

Filiação: MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS

WASHINGTON LUIZ CHAGAS

Endereço: RUA ROSENO FERNANDES, LAGOINHA CASA

Bairro: ZONA RURAL

Município: QUIXERE/CE

CEP: 62.922-000

País: BRASIL

Telefone: (88) 98133-8676

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NRD8237 Uf: CE Município: LIMOEIRO DO NORTE Chassi: 9C2KC08507R054255 Renavam: 156244594 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES Ano Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o noticiante que na data e hora acima citados foi vítima de acidente de trânsito; QUE o declarante pilotava sozinho a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, de placa NRD-8237, registrada em seu nome e possuidor de CNH, nas categorias A B; QUE trafegava pela CE que liga Limoeiro do Norte sentido Quixeré, próximo ao Motel Fascinação, sítio Pedra Branca, zona rural de Limoeiro do Norte, quando ao fazer uma ultrapassagem de um veículo que seguia no mesmo sentido na via, trator, o mesmo fez uma conversão a esquerda sem dar sinal de indicação de direção, onde o declarante tentou frear, mas não conseguiu evitar a colisão, e se chocou contra o pneu traseiro do trator, vindo a cair ao solo; QUE após a colisão o condutor do trator se evadiu do local sem prestar socorro a vítima e não foi identificado; QUE em decorrência do acidente sofreu lesão punho esquerdo, fratura, e no joelho esquerdo, fratura exposta; QUE o declarante foi socorrido por populares que passavam no local para o hospital do município de Quixeré, em seguida foi transferido para o IJF Centro em Fortaleza, devido a gravidade das lesões, onde passou cerca de oito dias internado e foi submetido a duas intervenções cirúrgicas no punho e joelho esquerdos; QUE foram testemunhas do citado acidente as pessoas de Jose Edson Freire da Silva e Fabiano Sombra Sousa, os quais ajudaram a socorrer a vítima para o hospital de Quixeré; QUE então veio noticiar o fato para dar entrada no seguro DPVAT, onde vai dar entrada pessoalmente nos CORREIOS; QUE foi



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 2977 / 2018

a primeira vez que sofreu acidente de trânsito; QUE tentou registrar o presente B.O. na cidade de Limoeiro do Norte, mas por impossibilidade veio registrar na Delegacia Regional de Russas. E nada mais disse...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CARLOS JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA - MAT.: 198858-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *x diu3 embra chuma etagan*

VISTO DO DELEGADO(A) :

VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476



SEG: 117
117

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Leuz Carlos de Lima Chagas 937.855.493-08 03/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

RTA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Leuzino 17 de setembro de 2018

20 SET. 2018

Local e Data

ASS.

Leuz Carlos de Lima Chagas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento:	297	CNS:		Data do Atend.:	03/01/2018	as	07:48:56
Nome do Paciente:	LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS			Data de Nasc.:	25/09/1983		
Endereço:	ROSENO FERNANDES	S/N	QUIXERE	Op:	CLEIDE		
Convênio:	SUS	PSF:	CENTRO DE SAUDE DE QUI.	Tipo Atend.:	AMBULATORIAL - INDIVIDUAL		
Sexo: M	Idade: 34a 3m 8d	Estado Civil: 9	Profissão:	Escolaridade: 99			
Peso:(kg)							
Sinais Vitais:	P.A.: Sist. (110)	Diast. (80)	FC: ()bpm	FR: ()lirpm	Temp: ()°C		
Proc.:	0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA						

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Paciente vítima de acidente Moto-batida, apresentando fratura exposta no joelho (E), fratura fechada punha (D). Nega desmaio, vômitos. Glasgow: 15

Fatores de Risco:		Alergia:	
Class. Risco:	() ALTO	() MODERADO	() BAIXO
OBS:			

HDA e Exame Físico:	10 exame: consciente, orientado.
ACV normal Abdome normal AR normal	

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento	Pele: normal.	Data 1º Sintomas
HD: Fratura exposta joelho (E) / Fratura punha (D)		
Procedimentos complementares solicitados:	() Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção	
	() Ultrassom Obstétrico () Outros	

Demais Procedimentos Realizados	Ass. Executor	Conselho Classe
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()		

Encaminhamentos / Destino do Paciente:	() Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF	
() Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos	
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana	

Parceria com Departamento Municipal de Transito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:
 SIM NAO MOTO CARRO BICICLETA PEDESTRE OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional

EBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO ANDRADE SALLES 1º OFÍCIO
CONFERE COM O ORIGINAL APRESENTADO, DOLTE

QUIXERE-CE 26 de 03 de 2018

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Adriana Pacheco Gomes de Souza

02 BELL MICHELLE DE ANDRADE SALLES - OFICIALA
02 MARIA CELIANA GOMES DA SILVA - SUBSTITUTA
02 CLERIA MARIA DE OLIVEIRA - ESCRIVENTE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00750

CONTA: 000000025195-0

Nr. da Autenticação C294AC49EE1B80BD

Nº DO CLIENTE

6502963

Para agilizar os atendimentos, dê o seu número
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.420
do 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
flua Padre Valadimino, 150
CEP 60105-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CIE 00.102.948-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

538727464

Rota 16 20060 03 258000 - 9 Data de Emissão 24/08/2018
 Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA
 End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01
 BOM NOME - LHM. DO NORTE - 62930000
 Medidor 2048-13 Posto 0000 AS15
 Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 018733253-39 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2018	24/08/2018	24/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		
		0,00

ASSEF_EREC8.8227.5461.4168.4000.4573.2163

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto LIMOEIRO DO NORTE

Mês Jun/2018

Padrão/Indivíduo?	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,15	10,30	20,77
FIC	3,23	6,47	12,95
DMIC	2,94		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lkt. Atual	Lkt. Anterior	Conet.	Consumo (kWh)	Cons. Inc.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 6764	6637	1,00	127	0,00	127	0,12647	15,65
						0,12310	15,61

DESCRÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	41,35
MULTA MORATORIA REF 07/2018	0,79
JUROS DO MES	0,07
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	15,78
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,75
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,95)	

VENCIMENTO 03/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

58,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,97
Transmissão	2,34
Distribuição	12,52
Encargos Setoriais	3,26
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,91
TOTAL	42,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB
123	127	124	127	126	145	146	122	130	127	143	145	145

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

49,58 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE E SUA DIGITA VERIFICADORA
 Change os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
 Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saude. Gov. Federal

LIBIA CORRETORA DE SEG

20 SET. 2018

Ass:

Consta desta fatura R\$ 1,31 referente a PIS e COFINS Aliquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%
 IPI: 0 Bas. 100-2005 - ADIEI + 1612 m. 10-027.62 + 10-022.02

Folha n.º 01

Nº DO CLIENTE

2920889

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.foi criado pela Lei nº 10.439
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdivino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 070472310001-70 | CGF 08.105.848-7

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 562155359

Rota 32 25092 25 196500 - 3

Data de Emissão 15/02/2019

Nome FRANCISCA ELIENE DE LIMA SOUSA

End. Postal RU ROSENDO FERNANDES 00001
LAGOINHA - QUIXERÉ - 62920000

Medidor 12271900 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 653450993-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 15/02/2019 Data da Agregação 15/02/2019 Previsão Próxima Leitura 18/03/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta.

Mês	TOME	B20 15,67			
		Mês	15/02/2019	15/02/2019	15/02/2019
ICMS					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	0,00	0,00
1.227,19	17,00%	209,23	1.227,19	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	0,00	0,00
480,968,200,2744,676,8337,50,000			DMIC	0,49	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Corn. Incl.	Corn. Falt.	Tarifa (R\$) / kWh	Valor (R\$)
FP 1451	1450,99	1,00	1.227,19	0,00	0,00	0,00	23,99
15/02/19	14.50,99	1,00	1.227,19	0,00	0,00	0,00	23,99
							23,99

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS 23,99
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 5,01
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,32

VENCIMENTO 10/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

REFLETOR	12,73
REFLETOR LED	4,72
Iluminação	1,02
Encad. refletor	1,43
Tributos (PIS/COFINS)	6,72
TOTAL	30,32

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

9	9,7	9,9	11,0	10,0	9,5	10,2	6,9	10,5	9,1	10,6	9,2	10,7
Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

35,92 0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE PAGAMENTO

PAGAR (ACEITAR) SEU DÉBITO EM DIA (AUTOMÁTICO) ATIVAR

SEU DÉBITO AUTOMÁTICO COMO PAGAMENTO PELA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Sua conta é vinculada ao seu débito automático. O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito sempre que o seu débito é ativado.

O débito é feito

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Lina Crispina Sifka Souza Bopres,
RG nº 2023099029869, data de expedição 11/09/15
Órgão 55P-ee, CPF nº 018.733.053-39

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Atô Sope Rambora</u>
Número	<u>2023</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Bom-Nome</u>
Cidade	<u>Bimairo do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.930-000</u>
Tel. de contato	<u>(88) 992334112; (88) 999827731</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Bimairo do Norte-CE 27/03/19

Lina Crispina Sifka Souza Bopres
Assinatura do Declarante

22 ABR. 2019

Nº DO CLIENTE

6502963

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdineu, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 020472510001-70 | CGF 06.105.040-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 567389249

Rota 16 25060 03 258000 - 9 Data de Emissão 23/03/2019
 Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA
 End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01
 BOM NOME - LIM. DO NORTE - 62930000
 Medidor 2048163 Posto 0000 A515
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 018733253-39 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Conjunto	Indicador	Apuração Individual
Mar/2019	23/03/2019	24/04/2019	LINDEIRO DO NORTE	Jan/2019	EDG 19,89
				Últ/31s 0,00 P	
				Mensal	Mensal
				Trim.	Trim.
				Anual	Anual
				DIC	5,19
					10,3
					28,7
					0,00
					0,00
				FIC	0,20
					6,47
					12,5
					0,00
					0,00
				DMIC	2,94
					8,05

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

(C144,7440,060E,3102,6063,2003,505F,0FED)

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
	ISENTO			Mensal	Mensal
				Trim.	Trim.
				Anual	Anual

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consum. Irred.	Corre. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 7728	7597	1.00	131	0,00	30	0,17164	5,14
					79	0,29417	20,59
					31	0,44121	15,44

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	39,41
MULTA HORATORIA REF 02/2019	1,31
JUROS DO MES	0,42
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,81
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,86

VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,89
Transmissão	11,22
Distribuição	11,22
Encargos Salariais	0,18
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,21
TOTAL	46,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

M	Abr	Maio	Jun	Jul	Aug	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

51,14 0,00 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso.
 Sobre o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica
 na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
 após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
 AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento
 da dívida, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORS
 Mes/Año Valor
 02/2019 92,12
 Total 92,12

Consta desta fatura R\$ 2,21 referente a PIS e COFINS. Alterações: PIS:0,61% e COFINS:2,84%
 Por 100,0000 - AUMENTA 10,000,00 + 10,000,00
 Caro Cliente, consigne suas faturas de consumo de energia elétrica desta unidade con-
 sumidoras vencidas ate 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaração substitui
 quitações anteriores.

Nº do Cliente: 6502963 Referência: Mar/2019
 Data de Emissão: 23/03/2019 Total a Pagar (R\$): 54,81
 Nº de Nota Fiscal: 567389249 Nº de Controle: 0006502963 00051 39552 39 -
 83800000000-9 54810031000-8 00065029630-3 00513955241-4



02 ABR. 2019

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Antônio José Barbosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 018.733.253-39,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Carlos de Lima Engnor inscrito
(a) no CPF sob o Nº 907.855.493-68 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima
Luiz Carlos de Lima Engnor inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.855.493-68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Antônio José Barbosa</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Bom-Nome</u>	Cidade	<u>0023</u>	
Email		Telefone comercial (DDD)	Estado	CEP

Recurso 17 de setembro de 2018
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Antônio José Barbosa 2018
Assinatura do Declarante

ASS: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Sra. Cristina Sifon Saya Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.733.253-39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Carlos de Lima Chagas inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.855.493-68, do sinistro de DPVAT cobertura Irregular da Vítima Luiz Carlos de Lima Chagas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.855.493-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recupar Renda: Recursar e apresento os documentos comprobatórios:
Recupar

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>0º José Barbera</u>	Número	<u>2023</u>	Complemento
Bairro	<u>Bom - Nome</u>	Cidade	<u>CE</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP <u>62.930-000</u>

Boimairo, 14 de março de 2019
Local e Data

Sra. Cristina Sifon Saya Lopes
Assinatura do Declarante

02 ABR 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juiz Carlos de Lima Chagas,

RG nº 000030018545, data de expedição 21/03/2006,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 927855493-68, com
domicílio na cidade de Quixeré, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rosme Fernandes, nº 5/N.

complemento lagoinha, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Juiz Carlos de Lima Chagas cujo o condutor era
Juiz Carlos de Lima Chagas

Veículo: Honda 10G 150 Titan 65 Motociclo

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: MRD 8237

Chassi: GEKE08507R054255

Data do Acidente: 03/08/2018

Local e Data: Kimbeiro do Norte - CE 23/08/18

Juiz Carlos de Lima Chagas
Assinatura do Declarante

Juiz Carlos de Lima Chagas
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



02 ABR. 2019



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial

SAÚDE 
HOSPITALAR

Emitido em: 26/03/2019 8:12:22

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 03/01/2018 12:29:41	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702802159320467	NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS			Registro: 5544312	
CPF: 92785549368	RG: 20000300185	D. NASC: 25/09/1963	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS		NOME DO PAI: WASHINGTON LUIZ CHAGAS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ROSENDO FERNANDES			Nº: S/N	BAIRRO: ZONA RURAL
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 991170228	MUNICÍPIO: QUIXERE	UF: CE	CEP: 62920000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: amb de quixere		PARENTESCO:		TELEFONE: 991170228	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: trauma com lesão mié há horas,ecg15					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITais					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
<p style="text-align: center;">SERVIÇO DE PROTOCOLO - INP</p> <p style="text-align: center;">PARETE TRAUMA</p> <p style="text-align: center;">PELO SISTEMA E-013</p> <p style="text-align: center;">DATA 26/03/2019</p> <p style="text-align: center;">MATERIAL 1386</p> <p style="text-align: center;">Relatório informe A</p>					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				

02 ABR. 2019



Atestado - Servico de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	03 01 2018	DATA DA ALTA:	09/01/2018
BE/PRONT:	5544312	CIDADE DE ORIGEM:	QUIXERE
IDADE:	34		
DIAGNOSTICOS:	LESAO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PUNHO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	VALBERTO PORTO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

*Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
sem alas*

Ass: <u>09/01/18</u>	Retornar dia: _____ / _____ Hora: _____ para Dr. _____
Data: <u>09/01/18</u>	Dispensa do trabalho por: <u>50 (Tenta)</u> <u>2018</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



Prefeitura de
Fortaleza

Nome: Luiz Carlos de Lima Chagas

1. FISIOTERAPIA MOTORA -----30 SESSÕES

HD: fratura de patela esquerdo

OBJETIVO:

- ANALGESIA
-GANHO ADM joelho esquerdo

FORTALEZA, 07 DE Fevereiro DE 2018

U 2 ABR. 2019



SOLICITO

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

1. FISIOTERAPIA MOTORA.....30 SESSÕES

HD : FRATURA DE RADIO DISTAL E

GANHO DE ADM DE ADM DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA CONSOLIDADA

Dr. Marco Aurelio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TECOT 8381

19 DE FEVEREIRO DE 2018

02 ABR. 2019


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Servico de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 36123

LEITO:

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

DATA DE INTERNACAO: 03/01/2018

DATA DA ALTA: 09/01/2018

BE/PRONT: 5544312

CIDADE DE QUIXERE
ORIGEM:

NASCIMENTO: 25091983

IDADE: 34

LESAO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQ

DIAGNOSTICOS: (OPERADA) + FRATURA DE PUNHO ESQ
(OPERADA)CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: VALBERTO PORTO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

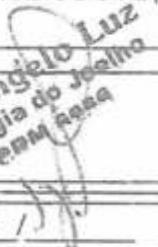
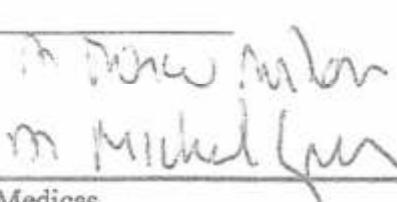
02 ABR. 2019

Mapa de Cirurgias

Dias	#	Int.	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
------	---	------	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 08/01/2018 - Segunda-Feira

6	3	07:30	11m27	VALBERTO PORTO	GEORGE WALLACE	CX PEQUENOS FRAGMENTOS + CX PLASTICA DA MÃO + TREPANO PNEUMATICO MACON	INTENSIFICADOR	MARCADA	
FRATURA DE RADIO DISTAL (PUNHO) ESQ BE:5544312									Marcado por: HALINE MAGALHAE em: 05-01-2018 9:27:46

Ass.: Data: Imprimir	Dr. Ángelo Luz Cirurgia do Joelho ePM 2018	Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr. _____
		



NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE
SUPRACITADA É ACOMPANHADA NO AMBULATÓRIO DE
TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO
A FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, OCASIONADA
POR ACIDENTE DE TRANSITO (SIC).

EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA RECEBENDO
ALTA DEFINITIVA DE TRATAMENTO.

CID S52

FORTALEZA, 19 DE FEVEREIRO DE 2018

Dr. Mário Augusto Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TECOT 9381

12 ABR. 2019

LAUDO MÉDICO

PACIENTE: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A LESÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO.

PACIENTE EVOLUI COM BOM ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO, ENCONTRA-SE SEM DOR RESIDUAL E RECEBE ALTA DEFINITA DESTE AMBULATORIO.

CID-10 (AUTORIZADO): S80.0

Fortaleza, 09 DE MAIO DE 2018

U 2 ABR. 2019



LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5544312

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1983

PAI: WASHINGTON LUIZ CHAGAS

MÃE: MARIA JOSÉ DE LIMA CHAGAS

DATA DE ATENDIMENTO: 03/01/2018

DATA SAÍDA: 09/01/2018

MOTIVO: RELATO DE COLISÃO MOTO COM VEÍCULO PESADO (TRATOR), COM FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA E FRATURA DO PUNHO.

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA DA FRATURA DA PATELA COM RECONSTRUÇÃO DO APARELHO EXTENSOR DO JOELHO.

EM 08/01/18, A FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO FOI FIXADA APÓS REDUÇÃO ABERTA COM PLACA VOLAR BLOQUEADA E PARAFUSOS.

**LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 13/08/2018 (FRED/C).
LAUDO RÉ IMPRESSO EM 28/02/2019**

Dr. Frederico Cesar S. Leite
CRM-CE 127 - NUAME-IJF

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

U 2 ABR. 2019



VALEIMAGEM

Paciente LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS
Médico PEDIDO PRÓPRIO
Data 24/01/2019
Formulário 3345

RX PUNHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

Placa e parafusos metálicos de osteossíntese na região metafisária distal do rádio para tratamento de fratura antiga e já consolidada.

Avulsão do processo estiloide da ulna como sequela de fratura prévia.

Ossos do carpo e metacarpo com forma e estruturas normais.

Partes moles peri-articulares sem alterações.

RX JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

Discreta redução do compartimento fêmoro-tibial medial com esboço de osteófitos.

Articulações fêmoro-patelar com superfícies e espaços articulares integros.

Derrame articular na bolsa suprapatelar com calcificações de permeio.

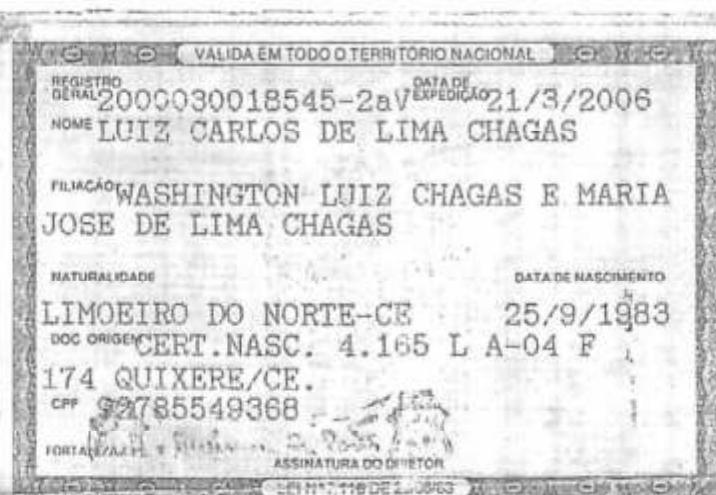
Ausência de sinais de fratura ou de outras alterações.

DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLÓGISTA - CRM 5763
MEMBRO TITULAR DO CBR

JOSE HOLANDA MAIA FILHO

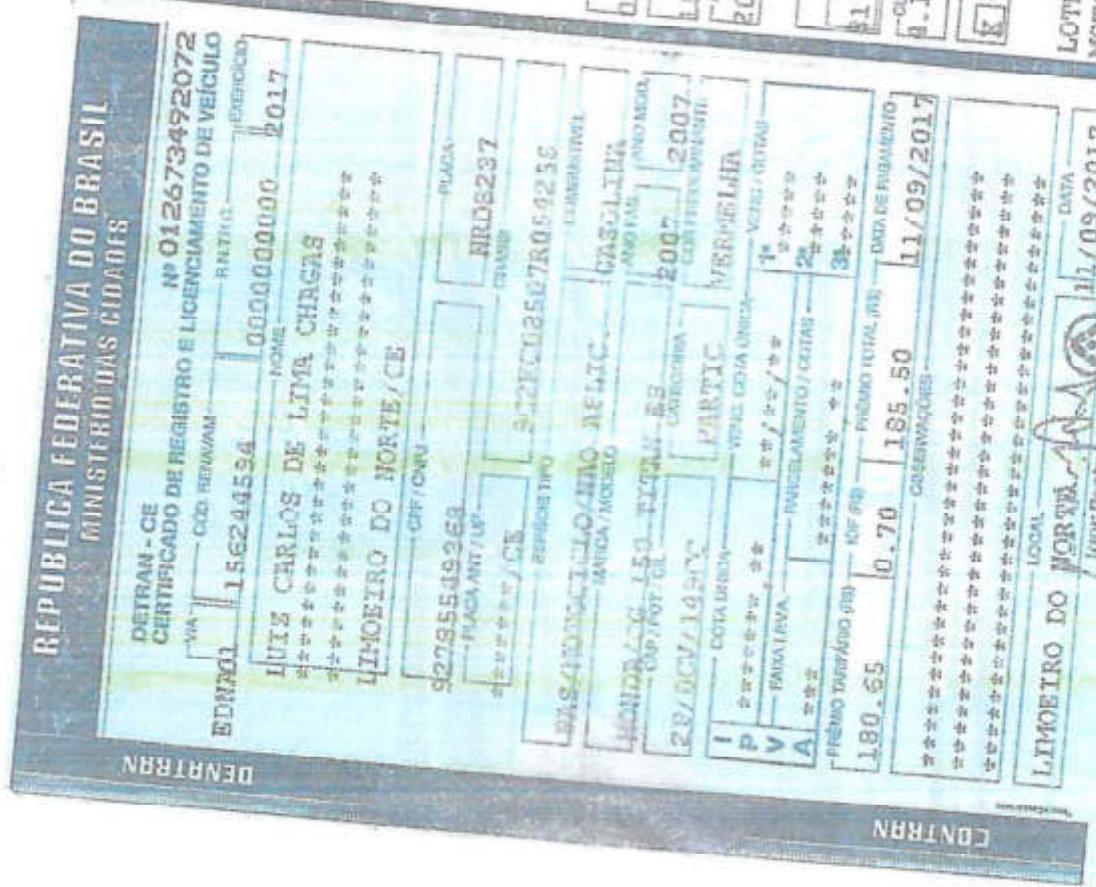
u 2 ABR. 2019

Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita:



U2 ABR. 2019





U 2 ABR. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251626 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
 SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 20°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 0°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 03/01/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho e tornozelo esquerdos. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade do mecanismo radioulnar distal. Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade do mecanismo patelofemoral.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190251626

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Endereço do(a) Examinado(a): R ROSENO FERNANDES, 1 Quixeré/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS / 20000300185452

Data e local do acidente: 03/01/2018 - Limoeiro do Norte/CE

Data e local do exame: 17/04/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda.

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

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

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

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 20°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 0°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade do mecanismo radioulnar distal. Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade do mecanismo patelofemoral.

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

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

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

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

("Vítima em tratamento"

("Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Punho Esquerdo - Médio - 50%

Joelho Esquerdo - Médio - 50%

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


Dr. Gracine Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251626 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 20°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 0°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 03/01/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento fratura do rádio distal esquerdo e fratura da patela esquerda. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do punho e tornozelo esquerdos. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade do mecanismo radioulnar distal. Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade do mecanismo patelofemoral.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251626 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO, COM LESÕES DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM QUATRO NEGATIVAS SEM SEQUELAS, NÃO FOI ACOSTADO NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS.

(&) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251626 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO, COM LESÕES DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Julio Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Montador, residente e domiciliado à Rua Presidente Figueiredo, nº 511, bairro Vila Galvão, Municipio de Buiacári, Estado de(o) Piara, Cep. 62.900-000, portador(a) do Rg nº 3.000.030.285-45, SSP / Pl. e CPF nº 927.855.493-68

Outorgado: Amélia Lúcia Souza Lopes, brasileiro(a)
estado civil: casada, profissão: Agricultura, residente e domiciliado(a) à
Rua Antônio José Barbosa, n.º 2629, bairro: Boa Vista,
Município de Timbiras do Norte, Estado de (o) Ceará, Cep: 62.930-000
portador (a) do Rg n.º 2003099002, SSP / Pará, e CPF n.º 018.733.253-39
9869

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Luiz Carlos de Lima Chagas ocorrido em 03/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Seimeiro do Norte-ri, 23, de agosto 2018
2º OFICIO → Juiz Letra de Pura Chagrin
QUIXÉRE Outorgante
CPF N° 927.855.493-68

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

GARTORIO DO 2º OFICIO	Sociedade a Fogo	
	apresentado	
deixam de ser chegar		
Quixote C-22		do 03 do 1º
Vasco Viana e Silva Domingos Taborda		
Maria Sezena Gómez Maldonado		
Eduardo Lima Braga Estevéz Gómez		
X-162 2945476 004 00 DE AUTENTICIDADE		

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

~~ASS.~~

PROCURAÇÃO

Outorgante: Juiz Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Motorista, residente e domiciliado á Rua Vila União, n.º 511, bairro Lagoinha, Municipio de Buixiri, Estado de(o) Ceará, Cep. 62.902-000 portador(a) do Rg n.º 2000030228545, SSP/Pl. e CPF n.º 927.855.493-68

Outorgado: Amélia Raimundina Siqueira Lopes, brasileiro(a) estado civil Casada, profissão Agricultura, residente e domiciliado(a) á Rua Antônio José Barbosa, n.º 2623, bairro Ben Nome, Municipio de Timóteo do Norte, Estado de (o) Ceará, Cep: 62.930-000 portador (a) do Rg n.º 200309902, SSP/Pl. e CPF n.º 018.333.053-39
9869

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Juiz Carlos de Lima Chagas ocorrido em 03/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Leia no ofício 23 de agosto 2018
2º OFÍCIO → Juiz Carlos de Lima Chagas
E. QUIXERÉ
Outorgante
CPF N.º 927.855.493-68

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO		Autenticação do cartório de Juiz Carlos de Lima Chagas
Data Crl. 03/08/2018 Ass. Ofício 251		Deu à Quixeré C.E. 22 de 03 de 2018
Firma de Juiz de Vila e Silva Quintino Tabella Maria Cecília Góes 2018		
1º Ofício emitido em 03/08/2018 2º Ofício emitido em 03/08/2018 3º Ofício emitido em 03/08/2018		

29 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

Outorgante: Juiz Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Montador, residente e domiciliado à Rua Presidente Vargas, nº 511, bairro Agrenha, Municipio de Buixari, Estado de(o) Ceará, Cep: 62.902-000, portador(a) do Rg nº 200030028545, SSP/PI e CPF nº 927.855.493-68.

Outorgado: Omaira Lima Siqueira Lopes, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Agricultura, residente e domiciliado(a) á Rua Cláudio José Barbosa, nº 2023, bairro Bom Nome, Municipio de Timóteo do Norte, Estado de (o) Ceará, Cep: 62.980-000, portador (a) do Rg nº 2003099002, SSP/PI e CPF nº 018.733.053-39 9869

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Juiz Carlos de Lima Chagas, ocorrido em 23/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Timóteo do Norte-Es, 23 de agosto 2018
2º OFÍCIO → Juiz Carlos de Lima Chagas
QUIXERÉ
Outorgante
CPF Nº 927.855.493-68

U 2 ABR. 2019

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO		Autenticação e Firma [2] [autenticidade] [assinatura do Juiz Carlos de Lima Chagas]	
Data Crl. 06/04/2019 251		Data Crl. 03/04/2019 251	
Assinatura		Assinatura	
Cópia CE 22 do 03 de 18		Cópia CE 22 do 03 de 18	
Vice a Vizinha é a 21a Unidade Tabuleiro Vizinha Centro Tabuleiro Ela é a 1a Unidade Centro Centro			
16-08-2019 14:47:47 CCR 55.0 de AUTENTICIDADE			

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393798/18

Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF: 927.855.493-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/01/2018

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES : 018.733.253-39

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

LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS : 927.855.493-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES
CPF: 018.733.253-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0111869/19

Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF: 927.855.493-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/01/2018

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES : 018.733.253-39

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

LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS : 927.855.493-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/04/2019
Nome: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES
CPF: 018.733.253-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

LARISSA CRISOSTOMO BARROS