
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: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

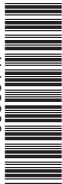
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00293/00294 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14153310

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** CEP: **62.922-000**
Município: **QUIXERE/CE** Telefone: **(88) 98133-8676**
País: **BRASIL**

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: **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, mais não conseguiu evitar a colisão, e se chocou contra o pneu traseiro do trator, vinco 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

Luiz Carlos de Lima Chagas



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 2977 / 2018


a primeira vez que sofreu acidente de trânsito; QUE tentou registrar o presente B.O. na cidade de Limoeiro do Norte, mais 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:


VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

VISTO DO DELEGADO(A) :


VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476



FLS. 2114

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 - INDIVIDUA
 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: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese):
*Paciente vítima de violência físico-traumática, apresentando
 fratura exposta em joelho (E), fratura fechada punho
 (E). Siga diu novo, vômitos. Glasgow: 15*

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

HDA e Exame Físico: *no exame: consciente, orientado.*
ACU normal Abdome normal AR Normal

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento: *Primeira Normal.*
HD: Fratura exposta joelho (E) / Fratura punho (E)

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 Trânsito:
 FOI ACIDENTE DE TRÂNSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:
 (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional de Saúde: **UBIA CORREIA DE SEG. LTDA.**

20 SET. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1º CARTÓRIO ANDRADE SALLES 1º OFÍCIO
 CONFERE COM O ORIGINAL APRESENTADO, DOUTOR

QUIXERÉ-CE 26 de 03 de 2018
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

UBIA CORREIA DE SEG. LTDA.
 01 BELA MICHELLE DE ANDRADE SALLES - OFICIAL
 02 MARIA CELIANA GOMES DA SILVA - SUBSTITUTA
 03 LEILA 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



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 29.402.298/0001-48

Insc. Est.: ISENTO

0001812.6

PAR

100

R-1

001

01/02/06

180016570

22/08/2018

MÊS/FAT

AGO/2018

LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS
RUA ROSENO FERNANDES, VIZ JOAO IZAIAS
CENTRO
QUIXERÊ
CEARA

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000022500

LOCALIZAÇÃO

HIDRÔMETRO	DATA INSTALAÇÃO	COD	DESCRIÇÃO	QT	PREST	VALOR
LEITURA INICIAL	DATA INICIAL	001	ÁGUA			22,50
LEITURA FINAL	DATA FINAL					
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO					
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA					

MÊS/FAT	COD	OCCOR	MÊS/FAT	COD	OCCOR
JUL/18	00008	000	JUN/18	00008	000
MAI/18	00008	000	ABR/18	00008	000
FEV/18	00008	000	FEV/18	00008	000

CASO ESTEJA EM DÉBITO COM MESES ANTERIORES,
SOLICITAMOS-LHE A REGULARIZAÇÃO DO SEU DÉBITO
CASO CONTRÁRIO SERÁ EFETUADO O CORTE.

CASO JÁ TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, FAVOR
DESCONSIDRAR ESTE AVISO.
AGRADECE A DIREÇÃO DO SAAE DE LAGOINHA.

2% 0,45
VENCIMENTO

0,01
10/09/2018

VALOR R\$

22,50

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

DE LAGOINHA-QUIXERÊ

INSCRIÇÃO: NOME:
0001812.6 LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

MÊS/FAT:
AGO/2018
LOCALIZAÇÃO:
00.00.01.0000022500

VENCIMENTO:

10/09/2018

VALOR R\$

22,50

0001812.08.18.180016570

SAAE

NÃO ASSINAR

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
20 SET. 2018

Nº DO CLIENTE

6502963

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CDF 00.108.848-9



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

538727464

Rota 16 20060 03 250000 - 9 Data de Emissão 24/08/2018

Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA

End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01

BOM NOME - LIM. DO NORTE - 62930000

Medidor 2048-3 Poste 0000 AS15

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

RG/CPF/CNPJ 018733253-39

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Padrão Nacional	Apuração Individual
LIMZEIRO DO NORTE	Jun/2018	EUSD 16,92	
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,15	10,38	20,77
FIC	3,23	6,47	12,95
DMIC	2,94		0,00

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ASEF E069.8227.5461.4169.4000.4573.2163

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 6764	6637	1,00	127	0,00	20 70 27	0,13847 0,13310 0,40466	5,65 22,61 12,09
24/08/18	24/07/18	31 DIAS	127				41,35

VALOR CONSUMO DO MES	41,35
MULTA MORATORIA REF 07/2018	0,79
JUROS DO MES	0,07
ILUMINACAO PUBLICA 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	17,52
Encargos Setoriais	3,36
Tributos (PIS/COFINS)...	1,91
TOTAL	42,10

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

133	127	127	127	128	145	146	122	130	127	143	143
FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)
49,58	0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

LIBIA CORRETORA DE SEG

20 SET. 2018

Ass:

Consta desta fatura R\$ 1,91 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:12,50%
Lett. 9 Dez. 100-2005 - ANEEL e Letra P. 10.537.92 e 10.823.027

83870000000-1 83870000000-1 83870000000-1 83870000000-1 83870000000-1

42 APR 2019

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, Ana Euphrasia Sifreia Souza Lopes,
RG nº 2003099029869, data de expedição 11/09/15
Órgão SSP-CE, CPF nº 018.733.253-39

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
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. João Fope Barboza</u>
Número	<u>2023</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Bom-nome</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</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: Limoeiro do Norte-CE 27/03/19

Ana Euphrasia Sifreia Souza Lopes
Assinatura do Declarante

U 2 ABR. 2019

Nº DO CLIENTE

6502963

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

for criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto LINDOIRO DO NORTE

Mês Jan/2019

EUSD 19.89

Padrão individual DICRI = 0.00 P

Apuração individual

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Leitura

Mar/2019

23/03/2019

24/04/2019

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C144.7440.060F.3102.6063.2003.005F.0FED

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 7728	7597	1.00	131	0.00	30	0.17148	5.14
					70	0.29417	20.59
					31	0.44127	13.66
23/03/19	21/02/19		30 0148		131		39.41

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
39.41
VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 02/2019
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
0.86

VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energetica	29.88
Transmissão	11.25
Distribuição	3.10
Encargos Setoriais	2.21
Tributos (PIS/PIS-COFINS)...	40.27
TOTAL	40.27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

134	131	145	142	137	138	135	136	127	121	127	128	145
RED	Her	For	San	For	San	For	San	For	San	For	San	For

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

51,14

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (NCO₂)

0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. 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 CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2.21 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0.61% e COFINS:2.84% (Lei nº 10.409/2002 - Art. 1º, I, e Lei nº 10.409/2002 - Art. 1º, II). Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei nº 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano

Valor R\$

02/2019 92.12

Total 92.12

U 2 ABR 2019

Nº do Cliente:

6502963

Referência:

Mar/2019

Data de Emissão:

23/03/2019

Total a Pagar (R\$):

54,81

Nº da Nota Fiscal:

567389249

Nº de Controle:

0006502963 00051 39552 39

83800000000-9 54810031000-8 00065029630-3 00513955241-4



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anna Guptina Siqueira Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 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 927.855.493 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Luiz Carlos de Lima Chagas inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.855.493 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recepcion Renda: Recepcion e apresento os documentos comprobatórios: Recepcion

☒ 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>Antônio José Barbosa</u>		Número <u>2023</u>	Complemento
Bairro <u>Bom-Nome</u>	Cidade <u>Limão do Norte</u>	Estado <u>Leopoldina</u>	CEP <u>62.930-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

Limão do Norte de setembro de 2018
Local e Data

Anna Guptina Siqueira Souza
Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass:

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Amá Eriptina Silva Souza 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 927.855.493/68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Luiz Carlos de Lima Chagas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.855.493/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recupran Renda: Recupran e apresento os documentos comprobatórios: Recupran

☒ 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>Av. José Bonifácio</u>		Número	<u>2023</u>	Complemento
Bairro	<u>Bom - Nome</u>	Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>	Estado	<u>CE</u>
Email			CEP	<u>62.930000</u>	
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

Limoeiro 14 de março de 2019
Local e Data

Amá Eriptina Silva Souza Lopes
Assinatura do Declarante

12 ABR 2019

Eu, Aluis Várzea de Lima Chagas

RG nº 300030018545, data de expedição 21/03/2006,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 927.855.493-68, com
domicílio na cidade de Quixerê, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rosmei 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 Luís Carlos de Lima Chagas cujo o condutor era

Veículo: Honda 16G 150 Titan 85 Motocicleta

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: **NRD 8237**
Chassi: **88-2K258507R054255**

Chassi: 962KE08507R034033

Data do Acidente: 03/01/2018

Local e Data: Limão do Norte - 23/08/18

Assinatura do Declarante

diviz' l'actes de l'Ima Chagan

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

CARTÃO DO OFÍCIO

RECONHECIMENTO
MIRIAM
Nº CR 43166Z
HBR0

ECONOMIZO
MIRIAM
Nº CR 43166S
JMBRD

ASSINATURA
[Assinatura]

DATA
22 de 08 de 19

LUGAR
Vila Maria Fátima B'nha Desamparada - Taboão

MUNICÍPIO
Mato Grosso do Sul - São Paulo

ESTADO
São Paulo - São Paulo

VALOR
R\$ 1.000,00

VALIDADE
VÁLIDO POR 30 DIAS COM DATA DE EMISSÃO

02

U 2 ABR. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

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: 25/09/1983	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: am de quiera		PARENTESCO:			TELEFONE: 991170228		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
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 mie 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:							
Exame Físico:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

U 2 ABR. 2019



Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço 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:	LESÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQ (OPERADA) + FRATURA DE PUNHO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	VALBERTO PORTO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho por casa		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Ass: _____	Dr. _____	
Data: 09/01/18	Dispensa do trabalho por: 30 (Trinta) dias	
Imprimir	02 Ago 2019	

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



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

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 - TEOT 9381

19 DE FEVEREIRO DE 2018

U 2 ABR. 2019



Servico de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 36123

LEITO: 11

NOME: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

DATA DE INTERNACAO: 03/ 01/ 2018

DATA DA ALTA: 09/01/2018

BE/PRONT: 5544312

CIDADE DE ORIGEM: QUIXERE

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

42 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.: Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho em 05/01/18	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. <i>Dr. Michel Luz</i>
Data: <i>09/01/18</i>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



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. Marco Aurélio Lacenda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 7418 - TEOT 8881

U 2 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



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

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 PÁTELA ESQUERDA E FRATURA DO PUNHO.

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA DA FRATURA DA PÁTELA 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. Leão
CRM 4127 - NUAME - IJF

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

11 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 estilóide 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 íntegros.

Derrame articular na bolsa suprapatelar com calcificações de permeio.

Ausência de sinais de fratura ou de outras alterações.

DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
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:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000030018545-2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 21/3/2006

NOME LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

FILIAÇÃO WASHINGTON LUIZ CHAGAS E MARIA JOSE DE LIMA CHAGAS

NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 25/9/1983

DOC ORIGEM CERT.NASC. 4.165 L A-04 F

174 QUIXERE/CE.

CPF 92785549368

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 2.06.63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 927.855.493-68

Nome LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

Data de Nascimento 25/09/1983

U 2 ABR. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FISCALIZAÇÃO DE FISCALIZAÇÕES



Assinatura do Titular
Ana Cristina Silva Souza Lopes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 200309029869

DATA DE EXPIRAÇÃO 11/09/2015

NOME ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

FILIAÇÃO JACINTO VIDAL DE SOUZA

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

ENDEREÇO LINDOIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1987

SEXO FEMININO

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7027 FOLHA: 26

LIVRO: 016 LINDOIRO DO NORTE - CE

CPF: 018.733.253-39

2 VIA

LEI Nº 7.119 DE 20/09/83

P. 1: 156

7/10/2019

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 atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, ausência 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 atrofia 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 atrofia 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 pericário 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 atrofia 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 pericário possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

IV. Nexos 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. Grete 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 atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, ausência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumprir 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 atrofia 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. Cumprir 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

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.

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: Luiz Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Montador, residente e domiciliado á Rua Vicente Fernandes, nº 511, bairro Boqueirão, Município de Quixeré, Estado de(o) Piara, Cep: 62.922-000, portador(a) do Rg nº 9.000.300.285.45, SSP/ PE e CPF nº 927.855.493-68

Outorgado: Amilton Silva Souza Lopes, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Agricultor, residente e domiciliado(a) á Rua Antônio José Barbosa, nº 2529, bairro Boqueirão, Município de Limoeiro do Norte, Estado de(o) Piara, Cep: 62.930.000, portador (a) do Rg nº 200.309.902, SSP/ PI e CPF nº 018.733.253-39

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 mandato.

Limoeiro do Norte em 23 de agosto de 2018

2º OFÍCIO
QUIXERÉ

Luiz Carlos de Lima Chagas

Outorgante

CPF Nº 927.855.493-68

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

<p>GARTÓRIO DO 2º OFÍCIO</p> <p>Reconheço a firma <input checked="" type="checkbox"/> autenticidade <input type="checkbox"/> verdadeira do</p> <p><u>Luiz Carlos de Lima Chagas</u></p> <p>Quixeré <u>22</u> de <u>08</u> de <u>18</u></p> <p>Para a V. Exa. e Silva Chagas Tabella</p> <p>Maria Sereia Albuquerque Substina</p> <p>Carla L. de Lima Chagas Escriv. Condição</p> <p>15-03-2018 ECV 35-0 DE AUTENTICIDADE</p>	<p>Ass: _____</p>
	<p>Ass: _____</p>

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Ass: _____

PROCURAÇÃO

Outorgante: Julio Virgilio de Lima Vagas, brasileiro(a), estado civil casado, profissão montador, residente e domiciliado à Rua Desenh. Eupenides, nº 314, bairro Lagoinha, Município de Guixari, Estado de(o) Piauí, Cep: 62.902-000, portador(a) do Rg nº 900032028545 SSP/PI e CPF nº 927.855.493-68

Outorgador: Amilton Silva Lopes, brasileiro(a)
estado civil casado profissão Agricultor residente e domiciliado(a) á
Rua Antônio José Barbosa n.º 2529 bairro Bom Nome
Município de Itapicuma do Norte Estado de (o) Ceará Cep: 62930-000
portador (a) do Rg n.º 200309902 SSP/ Ceará 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 à 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 e Aguiar 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.

Seimeiro do Norte - 23 de agosto 2018

2º OFÍCIO
QUIXERÉ

Autorgante
CPF Nº 927.855.493-68

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

GAB. TORO
 DO 2º
 OFÍCIO
 1981
 251
 1981

Assinhou a 1ª ☒ e a 2ª ☐ e a 3ª ☐ e a 4ª ☐ e a 5ª ☐ e a 6ª ☐ e a 7ª ☐ e a 8ª ☐ e a 9ª ☐ e a 10ª ☐ e a 11ª ☐ e a 12ª ☐ e a 13ª ☐ e a 14ª ☐ e a 15ª ☐ e a 16ª ☐ e a 17ª ☐ e a 18ª ☐ e a 19ª ☐ e a 20ª ☐ e a 21ª ☐ e a 22ª ☐ e a 23ª ☐ e a 24ª ☐ e a 25ª ☐ e a 26ª ☐ e a 27ª ☐ e a 28ª ☐ e a 29ª ☐ e a 30ª ☐ e a 31ª ☐ e a 32ª ☐ e a 33ª ☐ e a 34ª ☐ e a 35ª ☐ e a 36ª ☐ e a 37ª ☐ e a 38ª ☐ e a 39ª ☐ e a 40ª ☐ e a 41ª ☐ e a 42ª ☐ e a 43ª ☐ e a 44ª ☐ e a 45ª ☐ e a 46ª ☐ e a 47ª ☐ e a 48ª ☐ e a 49ª ☐ e a 50ª ☐ e a 51ª ☐ e a 52ª ☐ e a 53ª ☐ e a 54ª ☐ e a 55ª ☐ e a 56ª ☐ e a 57ª ☐ e a 58ª ☐ e a 59ª ☐ e a 60ª ☐ e a 61ª ☐ e a 62ª ☐ e a 63ª ☐ e a 64ª ☐ e a 65ª ☐ e a 66ª ☐ e a 67ª ☐ e a 68ª ☐ e a 69ª ☐ e a 70ª ☐ e a 71ª ☐ e a 72ª ☐ e a 73ª ☐ e a 74ª ☐ e a 75ª ☐ e a 76ª ☐ e a 77ª ☐ e a 78ª ☐ e a 79ª ☐ e a 80ª ☐ e a 81ª ☐ e a 82ª ☐ e a 83ª ☐ e a 84ª ☐ e a 85ª ☐ e a 86ª ☐ e a 87ª ☐ e a 88ª ☐ e a 89ª ☐ e a 90ª ☐ e a 91ª ☐ e a 92ª ☐ e a 93ª ☐ e a 94ª ☐ e a 95ª ☐ e a 96ª ☐ e a 97ª ☐ e a 98ª ☐ e a 99ª ☐ e a 100ª ☐ e a 101ª ☐ e a 102ª ☐ e a 103ª ☐ e a 104ª ☐ e a 105ª ☐ e a 106ª ☐ e a 107ª ☐ e a 108ª ☐ e a 109ª ☐ e a 110ª ☐ e a 111ª ☐ e a 112ª ☐ e a 113ª ☐ e a 114ª ☐ e a 115ª ☐ e a 116ª ☐ e a 117ª ☐ e a 118ª ☐ e a 119ª ☐ e a 120ª ☐ e a 121ª ☐ e a 122ª ☐ e a 123ª ☐ e a 124ª ☐ e a 125ª ☐ e a 126ª ☐ e a 127ª ☐ e a 128ª ☐ e a 129ª ☐ e a 130ª ☐ e a 131ª ☐ e a 132ª ☐ e a 133ª ☐ e a 134ª ☐ e a 135ª ☐ e a 136ª ☐ e a 137ª ☐ e a 138ª ☐ e a 139ª ☐ e a 140ª ☐ e a 141ª ☐ e a 142ª ☐ e a 143ª ☐ e a 144ª ☐ e a 145ª ☐ e a 146ª ☐ e a 147ª ☐ e a 148ª ☐ e a 149ª ☐ e a 150ª ☐ e a 151ª ☐ e a 152ª ☐ e a 153ª ☐ e a 154ª ☐ e a 155ª ☐ e a 156ª ☐ e a 157ª ☐ e a 158ª ☐ e a 159ª ☐ e a 160ª ☐ e a 161ª ☐ e a 162ª ☐ e a 163ª ☐ e a 164ª ☐ e a 165ª ☐ e a 166ª ☐ e a 167ª ☐ e a 168ª ☐ e a 169ª ☐ e a 170ª ☐ e a 171ª ☐ e a 172ª ☐ e a 173ª ☐ e a 174ª ☐ e a 175ª ☐ e a 176ª ☐ e a 177ª ☐ e a 178ª ☐ e a 179ª ☐ e a 180ª ☐ e a 181ª ☐ e a 182ª ☐ e a 183ª ☐ e a 184ª ☐ e a 185ª ☐ e a 186ª ☐ e a 187ª ☐ e a 188ª ☐ e a 189ª ☐ e a 190ª ☐ e a 191ª ☐ e a 192ª ☐ e a 193ª ☐ e a 194ª ☐ e a 195ª ☐ e a 196ª ☐ e a 197ª ☐ e a 198ª ☐ e a 199ª ☐ e a 200ª ☐ e a 201ª ☐ e a 202ª ☐ e a 203ª ☐ e a 204ª ☐ e a 205ª ☐ e a 206ª ☐ e a 207ª ☐ e a 208ª ☐ e a 209ª ☐ e a 210ª ☐ e a 211ª ☐ e a 212ª ☐ e a 213ª ☐ e a 214ª ☐ e a 215ª ☐ e a 216ª ☐ e a 217ª ☐ e a 218ª ☐ e a 219ª ☐ e a 220ª ☐ e a 221ª ☐ e a 222ª ☐ e a 223ª ☐ e a 224ª ☐ e a 225ª ☐ e a 226ª ☐ e a 227ª ☐ e a 228ª ☐ e a 229ª ☐ e a 230ª ☐ e a 231ª ☐ e a 232ª ☐ e a 233ª ☐ e a 234ª ☐ e a 235ª ☐ e a 236ª ☐ e a 237ª ☐ e a 238ª ☐ e a 239ª ☐ e a 240ª ☐ e a 241ª ☐ e a 242ª ☐ e a 243ª ☐ e a 244ª ☐ e a 245ª ☐ e a 246ª ☐ e a 247ª ☐ e a 248ª ☐ e a 249ª ☐ e a 250ª ☐ e a 251ª ☐ e a 252ª ☐ e a 253ª ☐ e a 254ª ☐ e a 255ª ☐ e a 256ª ☐ e a 257ª ☐ e a 258ª ☐ e a 259ª ☐ e a 260ª ☐ e a 261ª ☐ e a 262ª ☐ e a 263ª ☐ e a 264ª ☐ e a 265ª ☐ e a 266ª ☐ e a 267ª ☐ e a 268ª ☐ e a 269ª ☐ e a 270ª ☐ e a 271ª ☐ e a 272ª ☐ e a 273ª ☐ e a 274ª ☐ e a 275ª ☐ e a 276ª ☐ e a 277ª ☐ e a 278ª ☐ e a 279ª ☐ e a 280ª ☐ e a 281ª ☐ e a 282ª ☐ e a 283ª ☐ e a 284ª ☐ e a 285ª ☐ e a 286ª ☐ e a 287ª ☐ e a 288ª ☐ e a 289ª ☐ e a 290ª ☐ e a 291ª ☐ e a 292ª ☐ e a 293ª ☐ e a 294ª ☐ e a 295ª ☐ e a 296ª ☐ e a 297ª ☐ e a 298ª ☐ e a 299ª ☐ e a 300ª ☐ e a 301ª ☐ e a 302ª ☐ e a 303ª ☐ e a 304ª ☐ e a 305ª ☐ e a 306ª ☐ e a 307ª ☐ e a 308ª ☐ e a 309ª ☐ e a 310ª ☐ e a 311ª ☐ e a 312ª ☐ e a 313ª ☐ e a 314ª ☐ e a 315ª ☐ e a 316ª ☐ e a 317ª ☐ e a 318ª ☐ e a 319

29 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

Outorgante: Julio Carlos de Lima Chagas, brasileiro(a), estado civil casado, profissão montador, residente e domiciliado à Rua Desemb. Fernandes, nº 5/N, bairro Lagoinha, Município de Guixari, Estado de(o) Piauí, Cep: 62.902-000, portador(a) do Rg nº 900030028545, SSP/Pi e CPF nº 927.855.493-68.

Outorgado: Amilton Silva Lopes, brasileiro(a)
 estado civil casado profissão Agricultura residente e domiciliado(a) á
 Rua Antônio José Barbosa n.º 2627 bairro San Nome
 Município de Pinheiro do Norte Estado de (o) Pernambuco Cep: 61.930000
 portador (a) do Rg n.º 20309902 SSP/ Pernambuco 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 à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rui 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.

Segunda-feira, 23 de agosto 2018

2º OFÍCIO
QUIXERÉ

Outorgante

CPF Nº 927.855.493-68

U 2 ABR. 2019

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393798/18

Vítima: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF: 927.855.493-68

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/01/2018

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/01/2018

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE LIMA CHAGAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS