

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Nº Sinistro: **3180223910**

Vitima: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Data do Acidente: **14/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180223910**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12827782



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**
Nº Sinistro: **3180223910**
Vitima: **CICERO LEONARDO MARTINS**
Data do Acidente: **14/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180223910**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12827783



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Sinistro: **3180223910**
Vítima: **CICERO LEONARDO MARTINS**
Data do Acidente: **14/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180223910** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13053441

A/C: CICERO LEONARDO MARTINS

Nº Sinistro: 3180223910
Vítima: CICERO LEONARDO MARTINS
Data do Acidente: 14/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS FIORELLI

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **237**

Agência: **000000757-9**

Conta: **000009004-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3180223910**
Nome do(a) Examinado(a): **CICERO LEONARDO MARTINS**
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO CACHOEIRA nº 644 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20081770841 - SSP**
Data e local do acidente: **14/11/2017 MISSAO VELHA/CE**
Data e local do exame: **20/06/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

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

TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS. EM USO DE MEDICAÇÃO PELO TRAUMA CRANIANO.

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

APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E DÉFICIT COGNITIVO . EM USO DE ANTICONVULSIVANTE DE FORMA CONTÍNUA.

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

SIM NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.664.963-90

Nome completo da vítima

Licero Leonardo Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Licero Leonardo Martins		CPF titular da conta 049.664.963-90	Profissão Revisor
Endereço Sítio Cachoeira		Número 644	Complemento
Bairro Sul	Cidade Mussão Velha	Estado PE	CEP 63.200-000
Email marcosziorelli@hotmail.com		Telefone (DDD) (088)9.8822-1645	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

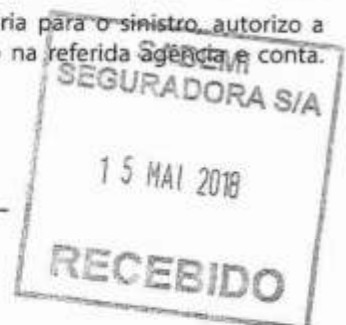
BANCO Nome NRO
Bradesco 237
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
0353 9 9004 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. do Norte, 17 de Abril de 2018
Local e Data

x Licero Leonardo Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CORRESPONDENTE DO BANCO BRANCO S.A.
 CLÁUDIA GOMES ASSUNÇÃO ROLIM DE OLIVEIRA
 PRAÇA FARMACIA SANTA CATARINA
 TRAF. N.º 150 BARRAGEM DATA 22-02-2018
 DATA: 22-02-2018 HORA DE ENVIO: 10:14:10

*** SEU CÓDIGO LIGANTE ***

CENTRO TELEFÔNICO PENÍENS
 AGÊNCIA 04174 CONTRA: 00000000004-2

TIPO: 055000001
 SÉRIE: 0000

BR

AL. BRANCO : 757 MISSO VELHO
 CORRESP. BAN. - AG. - FARMACIA SANTA
 CATARINA
 NPO: 026045340000 AUTENTICAÇÃO: 059078

02/14/2018 08:04:50
 0000 02 0000

NÚM. SÉRIE: 110012 HORA REIM. 14:10:02

conf. conta : 9004-2
 Ag : 757-9.

SABEMI
 SEGURADORA S/A
 15 MAI 2018
 RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 501 - 222 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2018 11:00:39**
Data / Hora da Ocorrência: **14/11/2017 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL JOSÉ DANTAS**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **MISSAO VELHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. AO HOSPITAL GERAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO LEONARDO MARTINS**
Nascimento: **04/11/1992** CPF: **049.664.963-90**
RG: **20081770841** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUSA**
NI
Endereço: **SITIO CACHOEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MISSAO VELHA/CE**
País: **BRASIL**
CEP: _____
Telefone: **(88) 9216-3124**



Noticiante(s)

Nome: **CICERO LEONARDO MARTINS**
Nascimento: **04/11/1992** CPF: **049.664.963-90**
RG: **20081770841** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUSA**
NI
Endereço: **SITIO CACHOEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MISSAO VELHA/CE**
País: **BRASIL**
CEP: _____
Telefone: **(88) 9216-3124**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXD4053** Uf: **CE** Município: **MISSAO VELHA** Chassi: **9C2KC08106R893168** Renavam: **882921428** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CICERO LEONARDO MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas para o crimes de denúncia caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que estava conduzindo sua motocicleta pela Av. Cel. José Dantas, nas proximidades do Hospital Geral de Missão Velha/CE, nesta urbe, quando sentiu um veículo colidir na sua traseira, fazendo com que o noticiante perdesse o controle da motocicleta e se chocasse com a traseira de um caminhão que estava estacionado na via. Não sabe dizer quem o socorreu para o Hospital Geral de Missão Velha/CE, de onde foi transferido para o Hospital Santo Antônio, em Barbalha/CE. Não sabe declinar as características dos veículos envolvidos. Afirma que ficou internado por

x Cicero Leonardo Martins



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 501 - 222 / 2018

alguns dias, mas não sabe declinar a data em que recebeu alta. Aduz que foi submetido a cirurgia na cabeça, mas não sabe informar o motivo nem a complexidade da cirurgia. Do acidente, restaram sequelas, principalmente em relação à memória. Sua voz também restou prejudicada, dificultando sua comunicação. Aduz que apenas o noticiante restou lesionado em decorrência do acidente. Possui CNH e registra o presente boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT. Dispensa a expedição de guia de exame de corpo de delito. Nada mais a acrescentar, deu-se por encerrado o presente boletim de ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MISSAO VELHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Calixto* use Airtón Saraiva Calixto Júnior
DE POLÍCIA
300.907-1-3
JOSE AIRTON SARAIVÁ CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Cícero Leonardo Martins*

VISTO DO DELEGADO(A): **LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA - MAT.: 198798-1-x**



Calixto
 José Airtón Saraiva Calixto Júnior
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA
 Mat.: 300.907-1-3

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 interdita 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

Cicero Rafael Martins

CPF da Vítima

049.664.963-90

Data do Acidente

24/11/2017

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.

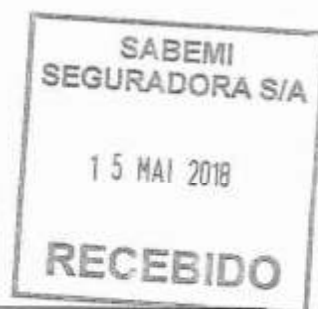
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

S. do Monte, 17 de Abril de *2018*
Local e Data

Cicero Rafael Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



5317138-1

Para obter o valor de consumo, consulte o sistema sempre que voltar em contabilidade.

Companhia Saneamento de Curitiba
Rua Curitiba 100 - Centro
CEP: 81201-900 - Curitiba - PR

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE D-1 | Nº

Rota 13 13000 10 247000 - 2 DATA DE GERAÇÃO 517819569
Nome MARCOS FIDRELLI 20/03/2018
End. Postal RUA DA CONCEICAO 005-49 SL 304
Identificador CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - 83010222
Classe 23626228 0000 0000
Razão Social 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
Nº / CPF / CNPJ 639986100-87

Nome do Responsável

DATAS

Classe 23626228
Subclasse 00000000
Data de Apresentação 20/03/2018
Data de Vencimento 18/04/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Ver a Normativa em www.csa.com.br

Companhia JUAZEIRO DO NORTE
Período 01/03/2018 - 31/03/2018
Índice de Qualidade do Fornecedor 99,99

ICMS

Data de Geração (PP) 20/03/2018
Alíquota 17,00%
Valor do Imposto 113,96

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O SATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Ajust. Let. Ajuster. Cons. Consumo (100%) Cons. Ind. Cons. Res. Total (100%) Valor (R\$)
27 2018 2018 1,00 100 0,00 100 100,00 113,96

Table with 2 columns: DESCRIÇÃO and VALOR (R\$). Rows include VALOR CONSUMO DO MES (113,96), MULTA MORATORIA REF 02/2018 (2,16), JUROS DO MES (1,92), and ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL (38,63).

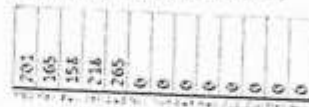
27/03/2018

156,69

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Table with 2 columns: Descrição and Valor (R\$). Rows include Energia, Imposto, Juros, Multa, and Iluminação.

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh)

Consumo consciente em kWh

SABEMI
SEGURADORA S/A
15 MAI 2018
RECEBIDO

5317138-1

Para obter o valor de consumo, consulte o sistema sempre que voltar em contabilidade

Companhia Saneamento de Curitiba
Rua Curitiba 100 - Centro - Curitiba - PR
CEP: 81201-900

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE D-1 | Nº

Rota 13 13000 10 247000 - 2 DATA DE GERAÇÃO 517819569
Nome MARCOS FIDRELLI 20/03/2018
End. Postal RUA DA CONCEIÇÃO 005-49 SL 304
Identificador CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - 83010222
Classe 23626228 0000 0000
Razão Social 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO
Nº / CPF / CNPJ 639986100-87

DATAS

Classe 23626228
Subclasse 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO
Mês/2018 20/03/2018 18/04/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecimento
Qualidade do Serviço
Qualidade do Atendimento
Qualidade da Energia
Qualidade da Informação

ICMS
Data de Geração (R\$) Alíquota Valor do Imposto

111,00 17,00% 18,87

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O SATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Ajust. Let. Ajuster. Consol. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Res. Total (kWh) Valor (R\$)

27 2018 2018 1,00 100 0,00 145 0,00 145

20 03 18 20 04 18 03 DIA 165

VALOR CONSUMO DO MÊS 113,96

MULTA MORATORIA REF 02/2018 2,16

JUROS DO MÊS 1,92

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 38,63

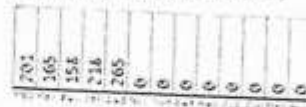
27/03/2018

156,69

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Pre-918
Pre-919
Pre-920
Pre-921
Pre-922
Pre-923
Pre-924
Pre-925
Pre-926
Pre-927
Pre-928
Pre-929
Pre-930
Pre-931
Pre-932
Pre-933
Pre-934
Pre-935
Pre-936
Pre-937
Pre-938
Pre-939
Pre-940
Pre-941
Pre-942
Pre-943
Pre-944
Pre-945
Pre-946
Pre-947
Pre-948
Pre-949
Pre-950
Pre-951
Pre-952
Pre-953
Pre-954
Pre-955
Pre-956
Pre-957
Pre-958
Pre-959
Pre-960
Pre-961
Pre-962
Pre-963
Pre-964
Pre-965
Pre-966
Pre-967
Pre-968
Pre-969
Pre-970
Pre-971
Pre-972
Pre-973
Pre-974
Pre-975
Pre-976
Pre-977
Pre-978
Pre-979
Pre-980
Pre-981
Pre-982
Pre-983
Pre-984
Pre-985
Pre-986
Pre-987
Pre-988
Pre-989
Pre-990
Pre-991
Pre-992
Pre-993
Pre-994
Pre-995
Pre-996
Pre-997
Pre-998
Pre-999
Pre-1000

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo consciente em kWh

SABEMI
SEGURADORA S/A
15 MAI 2018
RECEBIDO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 519291976

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4746036 DV 9

VENCIMENTO
09/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
68,21

Rota 22 015076 01 0266890 Medidor Poste
Nome MARIA DO SOCORRO MARTINS DA SILVA 1865240 0000 A665
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST CACHOEIRA 00644 S MISSAO VELHA 63200000

RG / CPF / CNPJ 650.318.903-63 CGF
Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP	5319	5247	1	72	0	72

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA Consumo faixa 0-30 Kwh	72	0,35281	25,40

OUTROS PAGAMENTOS	Valor (R\$)
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560	15,90
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	26,91

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
02/05/2018	02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5314.5169.COAD.E247.8A05.9E67.82E9.6476

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	13,06
TRANSMISSÃO	1,39
DISTRIBUIÇÃO	7,44
ENCARGOS SETORIAIS	1,99
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,52

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,66

Conjunto BARBALHA

Mês: FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIc (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

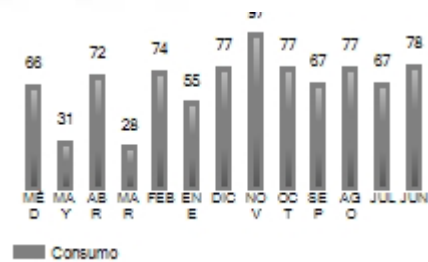
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4746036-9 N° da Nota Fiscal: 519291976 Total a Pagar (R\$): 68,21
Data de Emissão: 29/05/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle: 0004746036 00074 4376 2 69

83860000000-0 68210031000-4 00047460360-1 00744376295-0



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **MARCOS FIORELLI**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **639.986.109-87**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clevo Leonardo Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.664.963/90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Clevo Leonardo Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.664.963/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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.

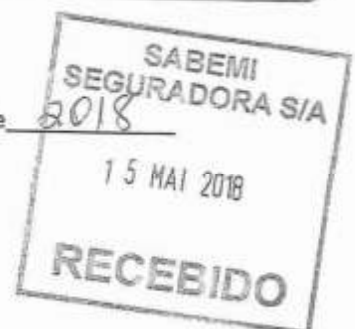
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA DA CONCEIÇÃO		Número 549	Complemento SL 304
Bairro CENTRO	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARÁ	CEP 63010-222
Email MARCOSFIORELLI@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD) (88) 3587-1645	Telefone celular (DDD) (88) 98822-1645

Juazeiro do Norte 17 de April de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante





Missão Velha
 Governo Municipal

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ Nº 0729

FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 3ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: UAE: MR de Socorro Martins
Vol. 1 Fátima e Zé - C

Distrito Sanitário: _____ Município Nº: 28901259

Nome: Sérvio Alexandre Martins
 Sexo: M F Data de Nascimento 04/11/1982 Ocupação: _____
 Endereço: 27 A. A. ALMEIDA Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Doente vítima de acidente automobilístico com lesões em membros superiores, membros inferiores, suspensores, sacro, fêmur - 12.

Resultados de Exames: _____

Conduta já Realizada: avulso + chudofes

Impressão Diagnóstica: QE. Polhemios

Assinatura do Encaminhamento Nº Registro _____ Função Plataforme Hora _____
14/11/17
 Data

AGENDAMENTO
 Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

RECEBIDO
 SABEMI
 SEGURADORA S/A
 15 MAI 2018

Ato
 Declaratório

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
 AIH UNISUSWEB: 11281910101121316911

Emissão: 16/11/2017 13:42

Paciente: **CICERO LEONARDO MARTINS** Atend.Nº: **414653**
 Data Nasc: 04/11/1992 CPF: 049.664.963-90 RG: 2008177084 Idade: 25a 0m 12d Sexo:M
 Filiação - Mãe: MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUZA Pai: NC Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA SN Bairro: ZONA RURAL
 Município: MISSÃO VELHA UF: CE CEP: 63200000
 Telefone: 8899912712988387900 Profissão: AGRICULTOR Cor: PARDO
 Natural.: FORTALEZA ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend: WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS Matricula/CNS: 898000501440773 Titular:

Responsável.: CICERO LEONARDO MARTINS CPF: 04966496390

Médico.: CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA
 Clínica.: INTERN. CIRURGICA |Prontuário: 121904
 Setor...: POSTO I -HMSA |Data/Hora.: 14/11/2017 20:04
 Carater.: 02 URGENCIA |Qto/Leito.: 104-06
 |Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: ---RESUMO DE TRATAMENTO---

HDA: *Acidente de trânsito*
atado de trânsito
de trânsito

HAS () ANTECEDENTES PESSOAIS DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS: *de trânsito*
 EXAME FÍSICO: *de trânsito*
 SINAIS VITAIS: *de trânsito*

PA = FP = FR = TA =

ACV: _____
 AR.: _____
 ABDOME: _____
 NEUROLÓGICO: _____
 ECG: AO = _____
 PUPILAS: _____

Selo de Autenticação

SELO DE AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia confere com o original exibido em NOTAS...
 Dou fé. Barbalha/CE

DATA: 25 JAN. 2018

Marceline Magalhães Torres - Titular
 Ayla Maria de Sá Barreira Torres - Substituta
 Mayara de Sá Barreira Torres - Secretária
 Francine Beltrão de Lacerda - Secretária
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

CONDUTA: ---DIAGNÓSTICO---

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: *HCDV*
 ALTA: *FP*

SABEMI - SEGURADORA SIA
 19 MAI 2018
RECEBIDO

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____
 TRANSF. P/ MÉDICO: _____
 CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ALTA EM: 21/11/17
13:33

PACIENTE / RESPONSÁVEL _____
 MÉDICO (a): 008373 CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA



FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
AIH UNISUSWEB

Emissão: 16/11/2017 13:42

Paciente: CICERO LEONARDO MARTINS
Data Nasc: 04/11/1992 CPF: 049.664.963-90 RG: 2008177084 Idade: 25a 0m 12d Sexo:M
Filiação - Mãe:MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUZA Pai:NC Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SÍTIO CACHOEIRA SN Bairro: ZONA RURAL
Município: MISSAO VELHA UF: CE CEP: 63200000
Telefone: 8899912712988387900 Profissão: AGRICULTOR Cor: PARDO
Natural.: FORTALEZA ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend:WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS Matricula/CMS: 898000501440773 Titular:
Responsável.: CICERO LEONARDO MARTINS CPF: 04966496390

Médico...: CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA |Prontuário: 121904
Clínica.: INTERN. CIRURGICA |Data/Hora.: 14/11/2017 20:04
Setor...: POSTO I -HMSA |Qto/Leito.: 104-06
Carater.: 02 URGENCIA |Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: RESUMO DE TRATAMENTO

HDA:
ACIDENTE DE TRÂNSITO
COM LESÃO DE CABEÇA E
MEMBROS INFERIORES

HAS () ANTECEDENTES PESSOAIS
DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV: AR.: ABDOME: NEUROLÓGICO: ECG: AO = PUPILAS: RV =
Includes a stamp for 'AUTENTICAÇÃO' dated 25 JAN. 2018 and a QR code.

CONDUTA: DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA: HEDV (A) estado

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO
TRANSF. P/ MÉDICO:
CONDICÕES DE ALTA:
ALTA EM: 21/11/17 13:33

PACIENTE / RESPONSÁVEL
MÉDICO(a): 008373 CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA

SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO
Neurocirurgia
15 MAI 2018

Paciente: Wesley Leonardo Martins
 Médico: _____
 Data: 24/11/2012 Setor: _____
 Clínica: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
<p>Exame sintoma de apêndice indistinto com traço contínuo em transverso.</p>	<p>1) Dieta 3p 2000 2) SF 0,9% 100ml, EV, em 24h 3) Diclofenaco 1amp + AD, EV, di 6h SN 4) Bismuto pepsina 1amp + AD, EV, SN 5) SSU, CCB 6) Antibiótico para</p>	<p>12:00 2:00</p>
<p>Apresenta-se deconstado e sangüento. Base de embargos.</p>		
<p>Atividade de intestino + Ausência de ruído</p>	<p>Haloperidol - 1mg IV - 90</p>	
<p>Ure</p>		

SABEMI
 SEGURADORA S/A
 15 MAI 2018
 RECEBIDO.



Hospital
Santo Antônio
Atua em medicina e odontologia

HOSPITAL SANTO ANTONIO
AV. PAULO MAURICIO S/N - VILA SANTO ANTONIO
FONE 88 35327700 www.focs.med.br BARBALHA-CE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA: 14/11/2017 23:26 ATENDIMENTO: 414652 PRONT.: 121904
CONV.....: SUS AMBULATORIAL PA HMSA
PACIENTE.: CICERO LEONARDO MARTINS

EVOLUÇÃO: 14/11/17 23:26

NOITE

CLIENTE JOVEM COM HD DE TCE, ADMITIDO PROVINIENTE DA EMERGENCIA. VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. EUPNEICO AFEBRIL, ACOLISADO. MANTEN AVP, AGUARDA REALIZAR TC DE CRANIO. MEDICADO C.P.M. SEG SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

João Eudes da Silva Gomes
de Enfermagem
EN-CE 3556-7P





Hospital Santo Antônio
 Uma nova vida começa aqui

AV. PAULO MAURICIO S/N - VILA SANTO ANTONIO
 FONE 88 35327700 www.focs.med.br BARBALHA-CE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

TARDE
 PACIENTE COM HD DE TCE, SEGUE EM DIETA ZERO AGUARDANDO CIRURGIA DE HEMATOMA.

SANDRA MATIAS-COREN 880244

Sandra Matias
 TCE-41653
 COREN-

DATA/HORA: 16/11/2017 08:45 ATENDIMENTO: 414653 PRONT. 121904
 CONV: SUS INTERNADOS 104-06 POSTO I -HMSA
 PACIENTE: CICERO LEONARDO MARTINS

EVOLUCAO: 16/11/17 08:45

MANHÃ:
 PACIENTE JOVEM COM HD DE TCE, EVOLUI ESTAVEL, CONSCIENTE, ALGO CONFUSO, INQUIETO, EUPNEICO,
 MEDICADO C.P.M., ACEITA A DIETA, AG. REALIZAR TC DE CRANIO. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

ANTONIO ROCHA/1216847

SABEMI
 SEGURADORA S/A
 15 MAI 2018
 RECEBIDO



Hospital Santo Antônio

LAUDO MEDICO

Atesto p/ devido fim que CICERO LEONARDO MARTINS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CRITICO grave ad SOB, no ocasião foi submetido a neurocirurgia p/ drenagem de meningite, atualmente com sequelas cognitivas, comportamentais e dependência de terceiros. Necessidade de guarda permanente da pessoa

Carlos Kennedy
Neurologia e Neurocirurgia
CRM-CE 8373 / CRM-PB 8385 / CRM-PE 15001

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA 24 HORAS
TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS
GINECOLOGIA GERAL
OBSTETRÍCIA
VASCULAR
CIRURGIAS PLÁSTICAS
ALERGOLOGIA
EXAMES
PESQUISA
SAIO-X
ELETROENCEFALOGRAMA
COMPUTARIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3632-7700


SABEMI
SEGURADORA S/A

15 MAI 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **CICERO LEONARDO MARTINS**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20081770841 SSPDS CE

CPF
049.664.963-90 DATA NASCIMENTO
04/11/1992

TRAIÇÃO

MARIA DO SOCORRO
MARTINS DE SOUZA

PERMISSÃO ACC CATANA

Nº REGISTRO
06538181390 VALIDEZ
20/08/2020 Nº HABILITAÇÃO
28/12/2015

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Cicero Leonardo Martins
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 28/12/2016

Idor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR 88995511448
 CE157320901

DETTRAN-CE (COTARA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1407249883

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1407249883

SABEMI
SEGURADORA S/A

 15 MAI 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ




19/12/2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

4.990.437-1

29/12/2003

MARCOS FIORELLI

RENÍDIO FIORELLI

ONILDA FIORELLI

S. LABEL OESTE/PN

14/11/1970

LOMARCA-CUIABÁ/MT, COLÍLIO DA PONTE

C. CAS 10611,11700-338,PO.HA-1970

639.486.189-87

SABEMI
SEGURADORA S/A

15 MAI 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013356931546

VIA 01
Cód. RENAVAM 008829214288
RANTIC 0000000000
EXERCÍCIO 2017

CIERRO EQUINOX INTERLIMS
MISAO VETINA

04966496390
PLACA ANTI/UF
EXD4053/CE

04966496390
Especie/tipo
GASOLINA

150 TITAN K
CATEGORIA
PARTIC

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CE Nº 013356931546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01
RENAVAM 008829214288
CPF/CNPJ 04966496390

EXERCÍCIO 2017
DATA EMISSÃO 18/04/2017
PLACA HXD4053

MARCA/MODELO HONDA/H150 TITAN K
ANO FAB 2006
DAT. INF. 09

AN. CHASSI 9C2KCE106R893168

PREMIO TARIFARIO DENATRAN (R\$) 9,03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

PREMIO TOTAL (R\$) 99,36
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

DATA DE OUTRGAO 27/04/2017
VENC. COBAS 18/04/2017

PARCELADO

COBA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

MOTOR: KC08E16893168

LOCAL: Igor Ponte

DATA: 18/04/2017

RECEBI

SA

15 HA

RECEBI

CONTRAN

MISAO VETINA
LOCAL: Igor Ponte

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

150 TITAN K
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

Declaração

Eu Picero Leonardo Martins, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 14/01/17, fui socorrido por populares levado ao hospital:

Hospital Geral de Missão Velha

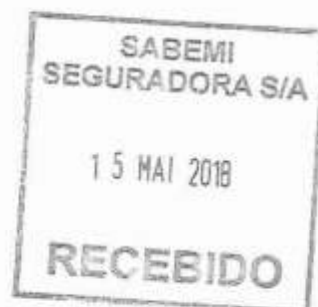
Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiro, Ambulância, etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

Juazeiro do Norte, 17/04/18.

Picero Leonardo Martins



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223910

Cidade: Missão Velha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO LEONARDO MARTINS

Data do acidente: 14/11/2017

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTIVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Ivone S. Valice

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223910 **Cidade:** Missão Velha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LEONARDO MARTINS **Data do acidente:** 14/11/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS. EM USO DE MEDICAÇÃO PELO TRAUMA CRANIANO. APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E DÉFICIT COGNITIVO . EM USO DE ANTICONVULSIVANTE DE FORMA CONTÍNUA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cícero Leonardo Martins, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG 20081770841 SSP/DS CE e CPF 049.564.963-90 residente e domiciliado, St. Cachoeira, 644, Sul, Mussão Velha, Ceará.

Outorgado: **MARCOS FIORELLI**, brasileiro, casado, empresário, escritório com sede em Rua da Conceição, 549. Sala 304, Centro, Juazeiro do Norte, Ceará, CEP 63.010-222, telefones (88) 3587-1645, (88) 98822-1645 e (88) 98804-8888, portador do documento de identidade RG nº 4.990.437-1 SSP/PR e CPF nº 639.986.109-87.

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 Cícero Leonardo Martins ocorrido em 14/11/2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, 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, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT e demais formulários obrigatórios exigidos pela Seguradora Líder, 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.

5º OFÍCIO

Juazeiro do Norte, 09 de março de 2018.

Cícero Leonardo Martins
Outorgante (reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

SABEMI
SEGURADORA S/A
15 MAI 2018
RECEBIDO

CPC
CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Cruzim, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3512-0289/3513-0305
CARLOS THEBES DE SAES ROCHA - Titular - BOMBA DE BEBIDA CARVALHO ROCHA / DANIELLE CARVALHO DE SAES ROCHA - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CÍCERO LEONARDO MARTINS - CONFERIDO (71) . DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 09/03/2018.

GARDENIA MARIA DE CARVALHO GOMES
5ª OFÍCIO
Juazeiro do Norte - Ceará