

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408821 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALMEIDA BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180408821**

Vitima: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**

Data do Acidente: **22/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180408821**.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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

Nome completo da vítima

012.628.143-24

Aleypson Henrique Rodrigues
de Almeida Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Aleypson Henrique Rodrigues de Almeida	012.628.143-24	Tutor/tutor
Enderéco	Número	Complemento
Barbosa / Rua: Madre Elisa Galdó	94	Fundão
Bairro	Cidade	CEP
Serrinha	Fortaleza	60 741-430
Email	Telefone (DDD)	
aleypsonhenrique@gmail.com	(85) 985296730	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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. 0649 D/V 0031290 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

04 SET. 2018

Fortaleza, 01 de Setembro de 2018

Local e Data

ASS:

Aleypson Henrique Rodrigues de Almeida Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3834 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/08/2018 13:39:13**
Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PARAGUASSU, 1345**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**
Nascimento: **15/04/1987** CPF: **012.628.143-24**
RG: **2003010211212** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**
ALUISIO PEREIRA BARBOSA
Endereço: **RUA MADRE ELIZA BALDO, 94**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.741-450**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98722-4775**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSJ7869** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0560CR513860 Renavam: **503457760** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE**
ALMEIDA BARBOSA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ENVOLVIDO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSJ-7869 NA RUA PARAGUASSU E QUE AO REALIZAR UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO Falsa É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

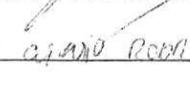
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 FRANCISCO DELÂNIO CAMPEÃO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

VISTO DO DELEGADO(A) :

 JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Alysson Rodrigues de Almeida Bravosa

CPF da Vítima

012.628.43-212206118

Data do Acidente

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.

Líbia Corretora de Seguros

04 SET. 2018

Fortaleza, 01 de Setembro de 2018

Local e Data

ASS:

R Alysson Rodrigues de Almeida Bravosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA
CADSUS

NOME MAE
MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA
ENDERECO
RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA
CONTATO

Nº DO PRONTUÁRIO 5112955	Nº DO BE 285365
SEXO M	RACIOCOR PARDO

NOME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO FORTALEZA
UF CE	CEP 60.741-450

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO.	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O ₂ NI%	PULSO NI	GLICÉMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ACERVO AS			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS			

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
22/06/2018 14:39:25

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura do maléolo lateral perna desv. 0 acm n regiao traumato
unigelo.

→ Rx do tornozelo D N/1 ferida

DIAGNÓSTICO Fratura do maléolo lateral	CÓD. PROCEDIMENTO 05030200	CID
SAD/SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X	() OUTROS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
- Yala.		
① Cetofraf (suspenso!)	(200)	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA:
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALIZADO

Impresso por francisca cristiane da silva lima ramos em 22/06/2018 14:39:25

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

OBS: Paciente recusou tratamento cirúrgico

Mesmo sendo informado das consequências
das deleções.

* Alysson Unio

CONFERE COM ORIGINAL
12/06/18
Nefru

ATO

Alysson Clínio Rodrigues de Almeida Barbosa

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04.885.197/0012-45
04 SET. 2018
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA ASS:

Av. Júlio 1000 Centro Cívico 1678
CEP 60.741-450

Fornecido

Carimb

DADOS DO CLIENTE
Nome: ALUÍSIO PEREIRA BARBOSA

End. Leitura: RU MAD ELIZA BALDO, 94, FUNDÔ, SERRINHA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60741-450

End. Entrega:
Cidade:

Local: 001	Setor: 025	Quadra: 0137	Lote: 0075	Comp: 0001	CEP:
	Subsetor: 00	Subquadra: 00			

ECONOMIAS

Residencial: 002	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
-------------------------	-----------------------	------------------------	---------------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R16F132638	280	290	10	9

DATAS
Leitura Atual: 04/07/2018 | **Emissão:** 04/07/2018 | **Lacre Água:** 7484623

Leitura Anterior: 01/06/2018 | **Próxima Leitura:** 03/08/2018 | **Lacre Esgoto:**
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	554	554	553	552	552
Em conformidade	545	547	543	524	552

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COM

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | **META:** 20 m³.
 Constatamos débito de R\$ 135,69. Caso pago, desconsiderar.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APPLICATIVO DA ARCE.

Descrição dos serviços

ÁGUA
 PARCELAMENTO DE DEB 2/18
 PARCELAMENTO DE DEB 13/24
 PARCELAMENTO DE DEB 24/24
 ACRESCE. IMPONT. ÁGUA TARI
 MULTA DE 2%
 JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor (R\$)

18,80
 65,42
 -0,35
 -1,38
 0,02
 2,22
 0,10

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
NOV/17	8	0
DEZ/17	6	0
JAN/18	13	0
FEV/18	9	0
MAR/18	8	0
ABR/18	12	0
JUN/18	1	0

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
ASS:
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,10
COFINS	5,48

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	143,43
VALOR DO SUBSÍDIO	28,60
VALOR TOTAL A PAGAR	114,83

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	143,43
VALOR DO SUBSÍDIO	28,60
VALOR TOTAL A PAGAR	114,83

MÊS/ANO

07/2018

VENCIMENTO

18/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,83

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356615075297726 L: 1605 H: 10:37:19 R: 047 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa

 Econômica Federal, Santander, Triângulo. **Outros:** PagFácil.

A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 530472773

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

JUN/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
7694250 DV **3**VENCIMENTO
02/07/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Rota 15 01230 30 0156300
Nome ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
Endereço PostalMedidor
6601906
Poste
0000 X97SEnd. da Unidade RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS PQ. STA. ROSA FORTALEZA
Consumidora 60762770

RG / CPF / CNPJ 048.217.413-77 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, 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 622	596	1	26	0	30

Descrição da Conta Quantidade × Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação

22/06/2018

Prev. Próxima

Leitura

23/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EC6F.85DD.AEC3.CF46.27E7.A74E.32F6.B0B0

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-23,48

MULTA MORATORIA

0,17

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,42

CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560

17,30

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,42)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

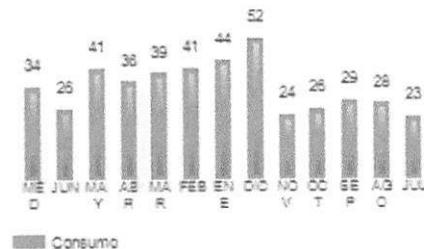
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 3,02

Conjunto BOM JARDIM

Mês ABR/ 2018

DIC (h)	Padrão Mensal	Individual Trim.	Apuração Anual	Individual!		
				Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7694250-3** Nº da Nota Fiscal: **530472773** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **10/07/2018** Referência: **JUN/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018
ASS: _____

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ inscrito (a) no CPF/CNPJ 048217413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BAROSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.628.143 / 24, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BAROSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.628.143 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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.

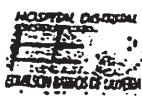
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA PROFESSOR CABRAL		Número 676	Complemento FUNDOS
Bairro PARQUE SANTA ROSA	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60762770
Email RC527310@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) (85) 98529-6730	Telefone celular (DDD) (85) 99925-3719	

SEGURO DA LÍDER

FORTALEZA, 24 de JUNHO de 2018 04 SET. 2018
Local e Data

Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEIVOS: fws que Alysson
CLENDO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA sofreu
FRATURA DO NEXO LATERAL DIREITO em 22/06/18.
PERMANECENDO ENFERMO E DOLOROSO COM CON-
SOLIDAÇÃO VINCOSA DA FRATURA. ENCONTRANDO-SE DE
ALTA DEFINITIVA.

FORTALEZA, - 24/08/2018

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enterm.-Receituário-003

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEEC: 10107

Fortaleza-CE, _____ de _____ 20_____

Assinatura do Profissional

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha da Messejana)»



~~Mr. Dalton ð. Baird~~
S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

ALTA/SAÍDA: TIPO DE ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
Impresso por NADJA DE ÁREA LEAO E SOUSA em 24/08/2018 08:20:37
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Impresso por NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA em 24/08/2018 08:20:37
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais
assino.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

7. Ma. Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

Alysson Clínio Rodrigues
alysson clínio rodrigues de almeida barbosa

~~CONFERE COM ORIGINAL
31/08/18
-XCEP-~~

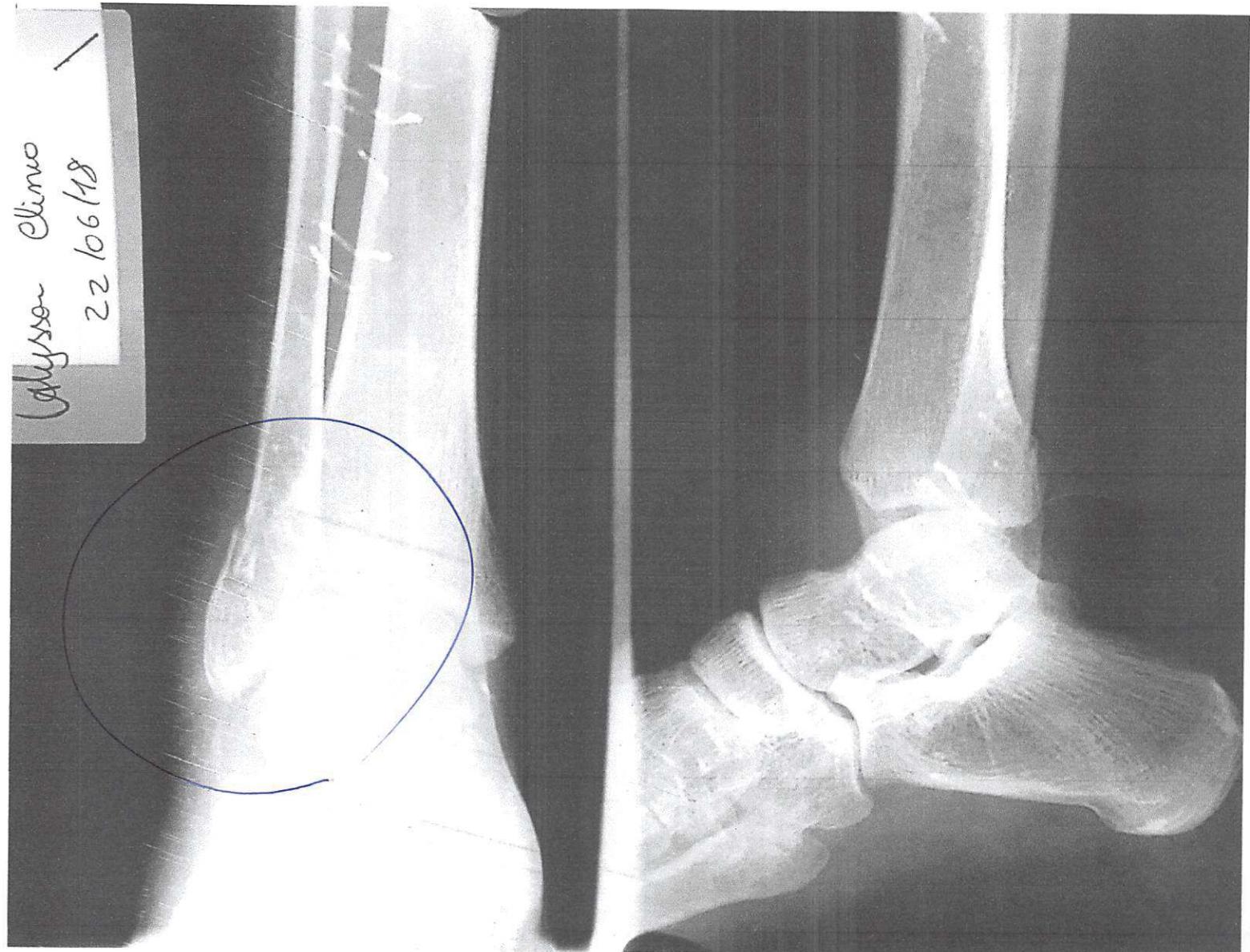
04.388.167/0012-25
HOSPITAL INDUSTRIAL V. MELSON
BARRA DE SANTANA
Av. Jardim da Torreza Centro, 1578
Maceió-AL - CEP: 57010-000
04 SET. 2018

Fortaleza

Centrality

Jahysson Olimo

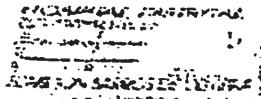
22/06/18



LÍBIA CORRETORA DE SEGURO LTDA.

04 SET. 2018

5:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60



ATESTADO MÉDICO

OLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 285.365

testamos para fins legais que Alysson Clínio Romenes de Almeida
Bomfim

foi atendido neste hospital no dia 22/06/18 às 14:40

1. Necessita de SESSENTA (60) dias de afastamento de suas atividades profissionais,

a partir desta data por motivo de doença ou agravos à sua saúde.

2. Necessita de _____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de doença.

3. Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação física no período de _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____

4. Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retornar ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

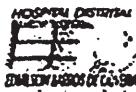
Obs: - Inflamação do maléolo lateral D

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

Fortaleza, 22 de 06 de 2018

Carimbo e Ass. Do Profissional

04 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alysson Borgosza

uso oral

①

Funcos 500

1 cx.

funcos 01 comprimido de 12

em 12 horas por 7 dias.

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

022-06

19

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

CREMEC: 10107

Assinatura do Profissional

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha da Messejana)»

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA



Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiológica: _____

Nome: Alysson Crisio Ribeiro da Almeida Barros

Diagnóstico: Frat. do Mânculo Lai. ♂

Data: 22/06/18 Médico: Jr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

Auxiliar: _____ CRM/CREMEC: 10107

Redução sob anestesia: _____

Realizada: _____ após o acidente: _____

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

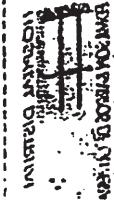
Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (2 son) horas

Voltar em: 10/08/18 às 09:00h (6 son) horas

Voltar em: _____ às _____ horas

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESEJANA - FONE - 31051560

EMERG/PRONTUÁRIO



NOME	Assessor Chevres ne Oliveira		
IDADE	SEXO	COR	
31	M	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
MÃE			

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx do ventre Al perfil (SI 6350)

DATA:

10/08/18

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

04 SET. 2018
LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
CREFEC: 10142
CRM: 8.1008
Dr. Max Wiedenbach

Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (2 son) horas
Voltar em: 10/08/18 às 09:00h (6 son) horas
Voltar em: 24/08/18 às 7h (8 son) horas
Voltar em: _____ às _____ horas

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

NOME
ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003010211212 SSPDC CE

CPF
012.628.143-24 DATA NASCIMENTO
15/04/1987

FILIAÇÃO

**ALUISIO PEREIRA
BARBOSA
MARIA RODRIGUES DE
ALMEIDA BARBOSA**

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO
03596884082

VALIDADE
03/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
30/05/2005

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1155466712

OKLHVA
SEM OBSERVAÇÃO;

Alysson Clinio Rodrigues de Almeida Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/07/2015

Igor Vassconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

**45157258120
CE148352022**

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1155466712

Scanned by CamScanner

LÍCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF
048.217.413-77 DATA NASCIMENTO
18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO
ACC CAT.HAB.
[REDACTED] [REDACTED] AB

Nº REGISTRO
05034566735 VALIDADE
06/10/2022 1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor Vaz de Britto
IGOR VASCONCELUS PONTE

65807059905
CE161764037

ASSINATURA DO EMISOR

CEARÁ

DENITRAN - CONFAN

Scanned by CamScanner

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS

[REDACTED]

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURÓBRIGA DIA DE DANOS PESSOAS AUTOMÓVEIS DE VIAGEM TERRESTRE, OU PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

DETAN - CE		Nº 013548150135	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
CRDD	01 503457760	0000000000	2017

CE N° 013348150133 BILHETE DE SEGURO D'IVA
ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO D'IVA

ALYSSON CLAUDIO RODRIGUES DE A BARBOSA
FORTALEZA/CE

LTD.A.
ESTE DOCUMENTO SÓ SEU SEGURO DE VIDA
0126281P432 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA OS FOLHOS 09
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

CPF/CNPJ — **PLACA** —
01262814324 **05J7869**

RETORNA DE SEG
4 SET. 201

PLACA AN/UF:		CE
ESPECIE TIPO:		PASSEIO/VEIC.
PASSEIO/NAO APLIC.:		
COMBUSTIVEL:		GASOL/AUZO
CHASSI:		
C2KD0560CR513860		

VIA	LIBIA CORR		
01	ASS:		
01262814324	CPF/CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2017	17/11/2017
PLACA		05J7869	

MARCA/MODELO	HONDA/NXR150 BROS KE
ANO FAB.	2012
CATEGORIA	2012
COR PREDOMINANTE	Vermelho

RENAVAM 503457760 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS KS
ANO FAB. 2012 **CAT. TARIF.** 09 **Nº CHASSI** SC3KDN0560CRE13860

COTA ÚNICA		VENC/COTA ÚNICA	VENC/COTAS
P	V		
— FAIXA IPVA —	— PARCELAMENTO/COTAS —		
		1º ± ± ± ± ±	2º ± ± ± ± ±

RENAVAM	MARCA / MODELO
503457760	HONDA / NXR150 BROS KS
ANO FAB.	CAT. TARIF.
2012	09
Nº CHASSI	9C2KD0560CR513860

A	+++++	+++++	3.+++++
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

RENAVAM		MARCA / MODELO
503457760		HONDA / NXR150 BROS KS
ANO FAB.	CAT. TIRAD.	Nº CHASSI
2012	09	9C2KD0560CR513860
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGUARADO (R\$)

କୁର୍ତ୍ତିରେ ପାଦମୁଖରେ ପାଦମୁଖରେ ପାଦମୁଖରେ

RENAVAM		MARCA / MODELO	
503457760		HONDA/NXR150 BROS K5	
ANO FAB.		Nº CHASSI	
2012		9C2KD0560CR513860	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)		DENATRAN (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	
COTA ÚNICA		PAGAMENTO	
		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		<input type="checkbox"/> TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
		<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	
		00/00/0000	

FORTALEZA	LOCAÇÃO	DATA
17/11/2017		17/11/2017

RENAVAM	MARCA / MODELO		
503457760	HONDA / NXR150 BROS K5		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2012	09	9C2KD0560CR513860	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> FNS (R\$)	<input type="checkbox"/> DENATRAN (R\$)	<input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (R\$)	
<input type="checkbox"/> CUSTO DO BILHETE (R\$)	<input type="checkbox"/> IOF (R\$)	<input type="checkbox"/> TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> 00/00/0000	

DESPACHANTE
DSEGURADORA LIBERDPVAT

LOTE / DSGESEGURADORA LIBERDPVAT

MOTOR : KD05E609198886080001-04

UN-2017

卷之三

三

JUN-2017

AO _____ D.O. (RS) _____

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408821 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALMEIDA BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante Alysson Clínio Rodrigues de Almeida Barbosa
 Estado civil Solteiro profissão Costureiro
 Residente Rua Madre Eliza Baldo, 94 Bairro Serrinha
 município Fortaleza uf CE Nascido 15/10/1987 CPF 048.217.413-77
 RG 035 988 840 82 Emissor Pernambuco em 08/07/2015.

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz brasileiro,solteiro,autônomo residente e domiciliado em rua professor Cabral,676-parque santa rosa município de fortaleza,UF:CE,RG 05034566735 detran-ce em 16/10/2017,CPF 048.217.413-77, contatos 85 985296730/85 999253719,e-mail: rc527310@gmail.com Por este instrumento de procuração ,o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT,o pagamento do sinistro,que vitimou em acidente(s) de transito o (a)
 Sr.(a) Alysson Clínio Rodrigues de Almeida Barbosa
 Ocorrido em 22/10/2018.

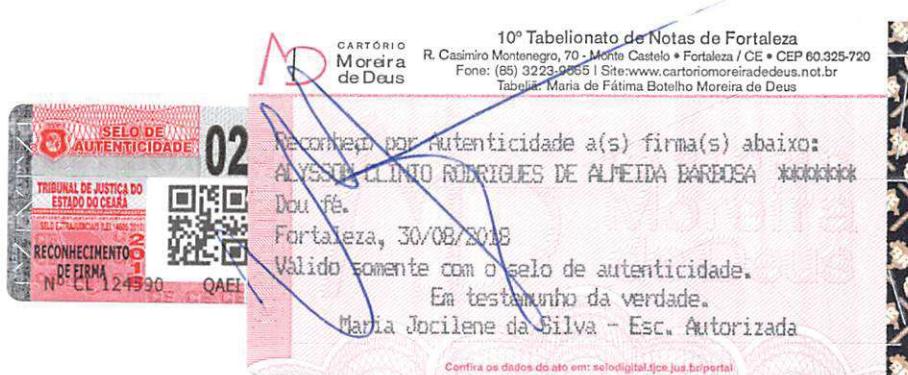
Podendo dito procurador,representar o (a) outorgante como se o próprio fosse,podendo requerer informações,copias documentais,parecer medico,comprovantes de pagamento de depósitos de indenização de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto a seguradora receptora e seguradora líder, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações,cancelar sinistros e ASL,requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos,como SAMU, delegacias de polícia,hospitais,cartórios,autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário,ate mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida,AP,VG,danos corporais,RCFV,roubo furto extravio defeito de objeto segurado,assistência,prestamista,seguro habitacional e etc.Especialmente perante as seguradoras

ICATU,PREVISUL,PAN,MONGERAL,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HD, ZURICH,SANTANDER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado,responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: boletim de ocorrência,fichas de atendimento medico,documentos pessoais, conta e outros.

Fortaleza, 30, DE Agosto, DE 2018.

Alysson Clínio Rodrigues de Almeida Barbosa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323789/18

Vítima: ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA

CPF: 012.628.143-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/06/2018

ALYSSON CLINIO

Titular do CPF: RODRIGUES DE ALMEIDA

BARBOSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA : 012.628.143-24

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: 04/09/2018
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA