

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/09/2018

**Valoração 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:**

*Talita Fonseca Medeiros*

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**

Carta nº 13354268



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	Alysson Denis Rodrigues de Almeida Barboza

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Alysson Denis Rodrigues de Almeida Barboza		012.628.143-24	Portador
Endereço		Número	Complemento
Barboza / Rua: Madre Eliza Galde		94	Fundo
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Servinhua	Portaleza	Pernambuco	60.744-450
Email			Telefone (DDD)
rc527310@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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 0649	D/V	CONTA NRO. 0031290	D/V 8
(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. LULA

04 SET. 2018

Portaleza 01 de Setembro de 2018

Local e Data

ASS:

Alysson como Rodrigues de Almeida Barboza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **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 SOCORRIDA 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 CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE A. BARBOSA**

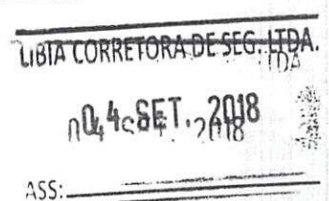
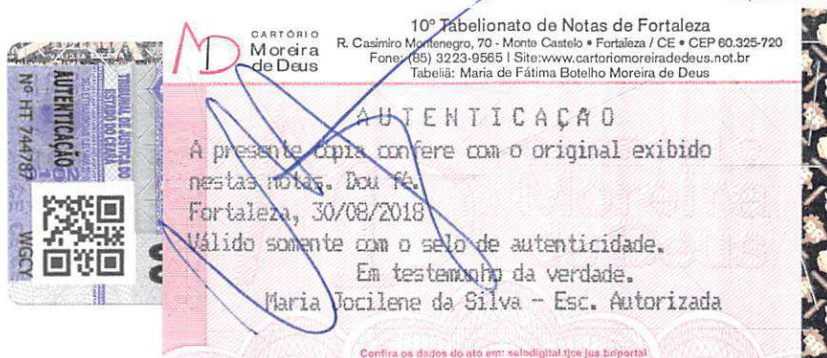
**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 30/08/2018 13:43:52



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 de Jesus Rodrigues de Almeida Barbosa

CPF da Vítima

012.628.43-24

Data do Acidente

22/06/18

**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: \_\_\_\_\_

Alysson de Jesus Rodrigues de Almeida Barbosa

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**

Nº DO PRONTUÁRIO  
5112955

Nº DO BE  
285365

NOME REAL  
**MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**

ENDEREÇO  
**RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA**

CONTATO

DATA DO NASCIMENTO  
15/04/1987(31 ANOS)

SEXO  
M

RACIA/COR  
PARDO

NOME RESPONSÁVEL  
NI

MUNICÍPIO  
FORTALEZA

UF  
CE

CEP  
60.741-450

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS 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)

SINAIS VITAIS

PESO  
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL  
NI/NI

SAT O2  
NI%

PULSO  
NI

Glicemia  
NI

TEMPERATURA  
NI °C

ALERGIAS  
ASS

CLASSIFICAÇÃO  
AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS

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

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura do malleolo lateral direito desviado. O paciente recusou tratamento cirúrgico.

→ Rx do tornozelo D AP/Perfil

DIAGNÓSTICO

Fratura do malleolo lateral

COD. PROCEDIMENTO

0305050200

CID

SADT SOLICITADO

( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

- Anal.

1) Curativos (suspenso!)

200

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Max Wendell B. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia

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  
Mando sendo encaminhado das consequências  
das lesões.

Alisson Clínio da S. Alves  
alysson clinio 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. J. J. ... 1674  
Fortaleza

Fortaleza

Carteira

ATO

CONFERE COM ORIGINAL  
12/07/18  
Befw

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: ALUISIO PEREIRA BARBOSA

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

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60741-450

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 025

Subsetor: 00

Quadra: 0137

Subquadra: 00

Lote: 0075

Comp: 0001

CEP:

**ECONOMIAS**

Residencial: 002

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A16F132638	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 APLICATIVO DA ARCE.

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

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

**Valor (R\$)**

48,80  
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
MAY/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

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

Central de Atendimento  
**Cagece**  
0800 088 0108


**Cagece**  
MARI FIM





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

Esta é a segunda via de  
**JUN/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**7694250** DV **3**

VENCIMENTO  
**02/07/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

Rota 15 01230 30 0156300 Medidor Poste  
Nome ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ 6601906 0000 X97S  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS PQ. STA. ROSA FORTALEZA  
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 x 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\$) Aliquota 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 )

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

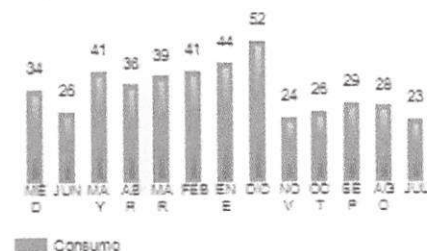
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 3,02

Conjunto BOM JARDIM

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	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

N° do Cliente: 7694250-3 N° da Nota Fiscal: 530472773 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Data de Emissão: 10/07/2018 Referência: JUN/2018 N° 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 <b>RUA PROFESSOR CABRAL</b>		Número <b>676</b>	Complemento <b>FUNDOS</b>
Bairro <b>PARQUE SANTA ROSA</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CEARA</b>	CEP <b>60762770</b>
Email <b>RC527310@GMAIL.COM</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(85) 98529-6730</b>	Telefone celular (DDD) <b>(85) 99925-3719</b>

SEGURO DPVAT - SEGURO DE FORTALEZA

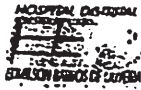
FORTALEZA, 24 de JUNHO de 2018

Local e Data

04 SET. 2018



Assinatura do Declarante



## RECEITUÁRIO

NOME DO  
PACIENTE:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS: FUI QUE ALYSSON  
CLÊNIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA SOFRIU  
FRATURA DO MALEÓLO LATERAL DEXTRO EM 22/06/18.  
RECEBENDO TRATAMENTO CIRÚRGICO E ORVIM COM CON-  
SOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA. ENCONTRA-SE DE  
ALTA DEFINITIVA.

Fortaleza, 24/08/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

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

Assinatura do Profissional

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

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

Fortaleza-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

NOME DO PACIENTE		ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA	
NOME DO RESPONSÁVEL		MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA	
ENDEREÇO		RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA	
CÓDIGO			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSFÊRENCIA/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERE DOR E EDEMA EM TORNOZEL DO DIREITO.			
ACIDENTE DE MOTO			
ESCALA DE DOR			
99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS			
PESO	NI KG	PRESSÃO ARTERIAL	NI/NI
TEMPERATURA	NI °C	ALERGIAS	ASS
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO			
FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS			
ÁREA DE ATENDIMENTO			
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			

Fratura do metacarpo lateral direito. O paciente recebeu tratamento analgésico.

9/10 de dor no tornozelo D AP/ Analg

DIAGNÓSTICO		Fratura do metacarpo lateral	
SOLICITADO		( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIOS-X	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
APRAZAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
TIPO DE ATENDIMENTO			
ALTA			
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			
22/06/2018 14:39:25			

Dr. Max Wendell B. Lopes  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CREMEC: 10101

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.

083: Paciente recebeu tratamento analgésico

Mãos sendo lavadas com álcool.

cas de lesões.

CONFERE COM ORIGINAL

12/06/18

04 SET. 2018

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
 BARROS DE OLIVEIRA  
 04.835.197/0012-45



Prefeitura de  
Fortaleza

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

Dr. Delamir B. Barreto  
Enfermeiro  
COREN 38296

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE <b>ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA.</b>		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO <b>15/04/1987(31 ANOS)</b>	Nº DO PRONTUÁRIO <b>5112955</b>	Nº DO BE <b>297998</b>
NOME MAE <b>MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA</b>	SEXO <b>M</b>	RACACOR <b>PARDO</b>	
ENDERECO <b>RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA</b>	NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>	MUNICIPIO <b>FORTALEZA</b>	
CONTATO	CEP <b>60.741-450</b>	UF <b>CE</b>	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA <b>RETORNO PARA DR. MAX WENDEL</b>		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS <b>NI</b>	MOTIVO <b>RETORNO TRAUMATOLOGICO</b>		
PESO <b>NI KG</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>	
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SINAIS VITAIS	
CLASSIFICAÇÃO <b>AZUL</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA</b>		GLICEMIA <b>NI</b>	
ÁREA DE ATENDIMENTO <b>04 RETORNO TRAUMA</b>		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>24/08/2018 08:20:37</b>	
ATENDIMENTO MÉDICO			
Al SE <b>Paciente retornou tro. curativo de fratura do maldulo lateral (E) há 8 semanas, evoluí com consolidação viscosa.</b>			
DIAGNOSTICO <b>FRATURA DO MALDULO LAT. (CONSOLIDAÇÃO VISCOSE)</b>			
SADY SOLICITADO: <b>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAO-X</b>		COD. PROCEDIMENTO <b>0303090200</b>	
CID		( ) OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
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 MEDICO ESPECIALISTA	

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 assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Max Wendell B. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
COREN 38296

**ALYSSON CLINIO RODRIGUES**  
alysson clinio rodrigues de almeida barbosa

CONFERE COM ORIGINAL  
31/08/18  
Xefes

04.388.187/0012-45  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. José Maria Tomaz Coelho, 1578  
Messejana - CEP 60.000-000

ARIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
04 SET. 2018

Fortaleza

Coord

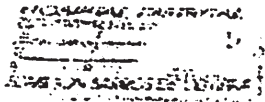




LIBIA CORRECTORA DE SEC. LTDA.

04 SET. 2018

S: \_\_\_\_\_



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 CLAUDIO RODRIGUES DE ALMEIDA  
BARBOSA

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 agravo 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: FRATURA DO MALKEDIO LATERAL D

Fortaleza, 22 de 06 de 2018

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

Carimbo e Ass. Do Profissional

LIBIA

04 SET. 2018



## RECEITUÁRIO

NOME DO  
PACIENTE:

Alysson Barbosa

uso oral

(1) Fraxon 500 \_\_\_\_\_ 1 cx.  
Tomar 01 comprimido de 12  
em 12 horas por 7 dias.

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

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

Assinatura do Profissional

Fortaleza-CE 022 de 06 de 18

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

# AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL DISTRITAL



Reg. Geral: \_\_\_\_\_

Reg. Ambulatorial: \_\_\_\_\_

Reg. Radiológica: \_\_\_\_\_

Nome: ALYSSON CÍLIO RODRIGUES DO ALMEIDA BARBOSA

Diagnóstico: FRAT. DO MARCHÃO LAT. D

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

Ortopedia e Traumatologia

Auxiliar: \_\_\_\_\_ CREMEC: 10107

Redução sob anestesia: \_\_\_\_\_

Realizada: \_\_\_\_\_ após o acidente: \_\_\_\_\_

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018




Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (25m) horas  
Voltar em: 10/08/18 às 07:00h (6m) horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

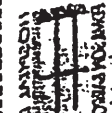
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

EMERG/PRONTUÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA DE SAUDE  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA  
AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560



Fortaleza

NOME

ANUSON CHAVES DE OLIVEIRA

IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLINICA	LEITO
31	M	B	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	A

MÃE

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx do tornozelo D AP/Perfil (SI 6550)

DATA:

10/08/14

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Max Wendell B. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/EC: 10192

F

Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (2 ser) horas  
Voltar em: 10/08/18 às 07:00h (6 ser) horas  
Voltar em: 24/08/18 às 7h (8 ser) horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Voltar em: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

DIRETORIA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



184

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  
CAEHAB.  
AB

Nº REGISTRO  
03596884082

VALIDADE  
03/07/2020

1ª HABILITAÇÃO  
30/05/2005

SEM OBSERVAÇÃO;

ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
08/07/2015

IGOR VASCONCELOS PONTE

45157258120  
CE148352022

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1155466712

PROIBIDO PLASTIFICAR

1155466712

Scanned by CamScanner

LICIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
04 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CAPTURA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME  
**ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO  
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO  
FRANCISCO BENTO  
RODRIGUES DA CRUZ  
MARIA DE FATIMA  
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
05034566735

VALIDADE  
06/10/2022

1º HABILITAÇÃO  
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Alexandre Barbosa da Cruz*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
16/10/2017

*Igor Vasconcelos Ponte*

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905  
CE161764037

CEARÁ

DENATRAN CONTRAN

Scanned by CamScanner

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS



DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013548150135

CRDD 01 503457760 00000000000 2017

ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE A BARBOSA  
FORTALEZA/CE

01262814324 05J7869

PLACA ANT/UF 01262814324/CE

ESPECIE TIPO GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS KE 2012 2012

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2a 3a

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

RESERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL 17/11/2017

CE Nº 013548150135 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 080 022 1204

04 SET. 2018

ASS:

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/11/2017

01 01262814324 05J7869

503457760 HONDA/NXR150 BROS KS

2012 09 9C2KD0560CR513860

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

COTA ÚNICA PARCELADO

LOTE/DOSEGURODA LIBERDPVAT  
MOTOR: KD0566571 98863608/0001-04



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 Clivio Rodrigues de Almeida Barbosa  
Estado civil Solteiro profissão Contador  
Residente Rua Madre Eliza Baldo, 94 Bairro Serrinha  
município Fortaleza UF CE Nascido 15/07/87 CPF 02.628.193-24  
RG 035 988 840 82 Emissor Petrus CE em 08/07/2018

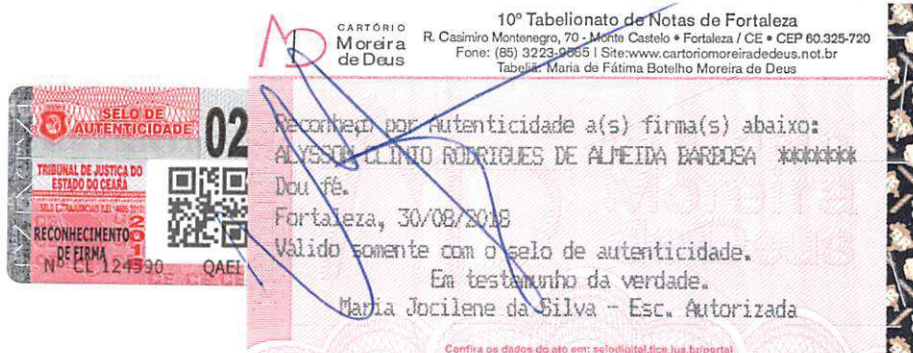
**Outorgado** Alexandre Barbosa da Cruz brasileiro, solteiro, autônomo residente e domiciliado em rua professor Cabral, 676-parque santa rosa município de fortaleza, UF:CE, RG 05034566735 detran-ce em 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail: [rc527310@gmail.com](mailto:rc527310@gmail.com)  
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 Clivio Rodrigues de Almeida Barbosa  
Ocorrido em 22/06/2018

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenização de sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e seguradora líder, marcar perícias médicas, 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 vítima 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, HDI, 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 médico, documentos pessoais, conta e outros.

Fortaleza, 30 DE Agosto DE 2018

ALYSSON CLIVIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA



LIBIA CORRETORA DE SEG. LT

04 SET. 2018

ASS: \_\_\_\_\_

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323789/18

**Vítima:** ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA

**CPF:** 012.628.143-24

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Titular do CPF:** ALYSSON CLINIO  
RODRIGUES DE ALMEIDA  
BARBOSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA