

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390526

Cidade: Horizonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA

Data do acidente: 16/01/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO UMEROS ESQUERDO (TTO CIRURGICO)

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390526

Cidade: Horizonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA

Data do acidente: 16/01/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal de úmero esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico vítima apresenta déficit severo da abdução, adução, rotação externa e interna do ombro esquerdo com acentuada capsulite adesiva.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico para redução da fratura com fixação com fio intramedular, sendo necessário retirada após 45 dias. Relata ter realizado sessões de fisioterapia e encontra-se de alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

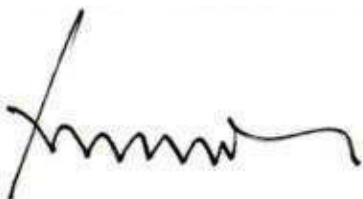
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: IVANILDO SOUSA LIMA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 2008776533-5 CPF: 009 338 063-10
 Endereço: BATURITE

OUTORGADO:

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: CORRETO
 Identidade: 5517806 CPF: 049 666 223 60
 Endereço: BATURITE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos administrativos e judiciais, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo recaber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ivanildo Sousa Lima



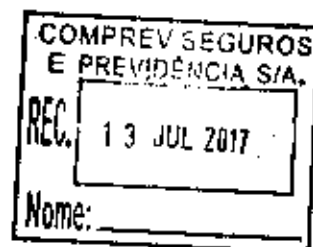
HORIZONTE 17/04/17

Local e data

Ivanildo Sousa Lima

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE



**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

Nome do(a) Examinado(a): **IVANILDO SOUSA LIMA** Sinistro: **3170390526** Data: **16/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BATURITE, 1954, CASA - DIADEMA - Horizonte - CE - CEP 62880-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20087765335**

Data local do exame: [**27/07/2017**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura proximal de úmero esquerdo. . Ao exame físico vítima apresenta déficit severo da abdução, adução, rotação externa e interna do ombro esquerdo com acentuada capsulite adesiva.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico para redução da fratura com fixação com fio intramedular, sendo necessário retirada após 45 dias. Relata ter realizado sessões de fisioterapia e encontra-se de alta definitiva.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

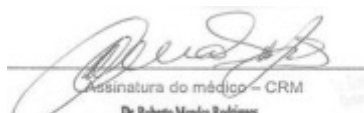
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Assinatura do médico - CRM
Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Traumatologia-Ortopedia
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues - CRM: 4600 - CE

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11350595

A/C: IVANILDO SOUSA LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170390526 ASL-0269274/17

Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA

Data Acidente: 16/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IGOR FERREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11363058

A/C: IVANILDO SOUSA LIMA

Sinistro: 3170390526 ASL-0269274/17
Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA
Data Acidente: 16/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IGOR FERREIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11461223

A/C: IVANILDO SOUSA LIMA

Sinistro: 3170390526 ASL-0269274/17
Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA
Data Acidente: 16/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IGOR FERREIRA DA SILVA

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: **IVANILDO SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003535**

Conta: **000008845-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU. Isamildo Sousa Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 2008776533-5 EXPEDIDO POR GSP - Leana EM 24/03/14

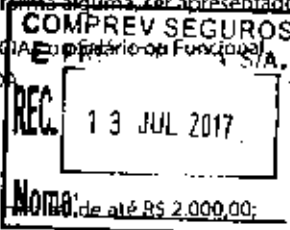
CPF (0009338063-10) / CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Isamildo Sousa Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL e Benefício ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3535 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8845-4

DP
013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

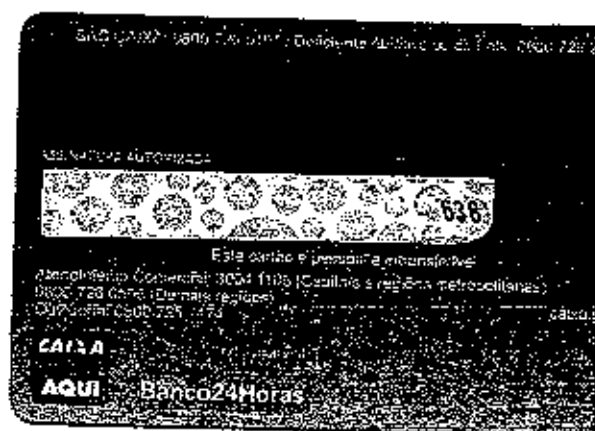
Foz de Iguaçu 04 de Julho de 2012
LOCAL E DATA

Isamildo Sousa Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 1824 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/04/2017 09:47:52**
Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2017 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA BATURITE**
Complemento:
Bairro: **MANGUEIRAL** Município: **HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência: **PROX. AO HOSPITAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVANILDO SOUSA LIMA**
Nascimento: **09/06/1976** CPF: **009.338.063-10**
RG: **12904503** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DAS DORES LIMA**
UGUSTO SOUSA LIMA
Endereço: **RUA BATURITÉ, 1954** CEP: **62.880-000**
Bairro: **DIADEMA I**
Município: **HORIZONTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9172-0392**

Histórico

O noticiante informa que estava na condição de garupeiro da motocicleta HONDA CG 150 FAN, cor preta, placa OCH6851, chassi 9C2KC167OBR343249; que vinha sendo conduzida por ROSA MARIA FELICIO DOS SANTOS; que no local e data supra; em um cruzamento um veículo não identificado avançou na frente da motocicleta; que o veículo colidiu na traseira da motocicleta; que neste momento o noticiante e a senhora ROSA MARIA caíram ao solo; que apenas o noticiante foi socorrido, por populares, até a UPA de Horizonte; que fora transferido para o pronto socorro de acidentados em Fortaleza; que teve fratura no ombro esquerdo; que foram testemunhas do acidente supracitado os senhores: BRUNO SOUSA LIMA e IGOR FERREIRA DA SILVA; nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FELIPE CAJAZEIRAS DE FREITAS - MAT.: 30088514

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

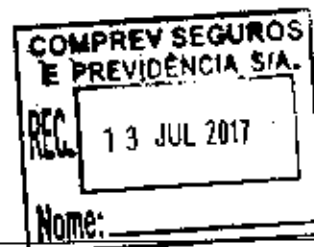
Ivanildo Sousa Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALCEU HENRIQUE TEIXEIRA VIANA - MAT.: 300544-1-5

x *Bruno Sousa Lima*

x *Igor Ferreira da Silva*





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Iranildo Sousa Lima, portador da carteira de identidade nº 2008776533-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009.338.063-10, residente e domiciliado na Rua Baluarte,

3954 - Diadema - Jorô, Cidade Alouzonde, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

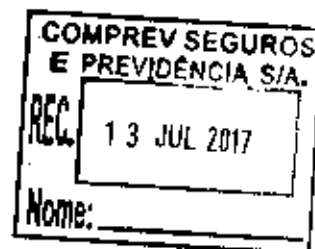
Iranildo Sousa Lima

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Fortaleza, 04 de julho de 2017

Local e data



1700491078 16/01/2017 21:56:23 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 94

Paciente: IVANILDO SOUSA LIMA
Data Nascimento: 09/06/1976 Idade: 40 A 7 M 7 D CNS: 708608516406185 CPF: [] Prontuário: []
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: CASADO(A) Raça/Cor: IMPORTADO ARACÓIABA - CE Naturalidade: []
Mãe: MARIA DAS DORES SILVA LIMA Pai: AQUUGUSTO SOUSA LIMA Contato: (85) 99172-0392
Endereço: RUA - BATURITÉ - 1954 - PARQUE DIÁDEMA I - HORIZONTE - CE Ocupação: NÃO INFORMADA

Classe de Risco: AMARELO Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: [] Validade: [] Autorização: [] Sis Prenatal: []
Motivo do Atendimento: ATENDIMENTO AMBULATO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: [] Procedência: PSF/DIADÉM1 - ([] Temp.: [] Peso: [] Pressão: []
Setor: URGENCIA / EMERGENCIA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: [] Registrado por: MAURIDENIA

Queixa Principal: [] Síndrome Febril [] Sintomático Respiratório [] Suspeita de Dengue
Dor MSE (sic): []

Anamnese de Enfermagem: [] GSC: [] TOTAL: []
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - [] h) Comprovação de ato declaratório

Ato Declaratório



Exame Físico: [] 31 03 2017

Hipótese Diagnóstica: []
Maria Neide Mattos de S. Silva
Assistente Social
CRESS: 6969

SADT - Exames Complementares: []
[] RAO - X [] ULTRA-SON [] TC [] SANGUE [] URINA [] ECG [] OUTROS: []

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Sol. Fisiológico 0,9% NaCl 100ml	00000	FF dig
2) Beber água	00000	27/30
	00000	
	00000	
	00000	
	00000	
	00000	
	00000	
	00000	
	00000	

Conduta: [] Alta por Decisão Médica [] Ambulatório []
[] Alta a Pedido [] Observação (Até 24h) []
[] Alta a Revolta [] Internação []
[] Encaminhado para: [] Data e Hora da Solicitação: 16/01/17

óbito: []
Antes do 1º Atendimento? [] Sim [] Não Destino: [] Família [] IM: Anatomia Patológica []

Assinatura do Paciente ou Responsável: []
Carimbo e Assinatura do Médico: []

Impresso por: raquel l
Data Hora: 16/01/2017 22:01:09

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 13 JUL 2017

Nome: []

CLINICA DE TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03535

CONTA: 000000008845-4

Nr. da Autenticação C188A8E5C6383E49

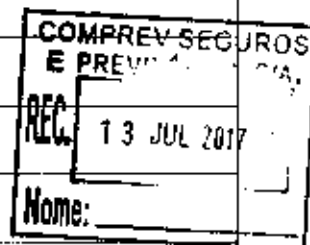


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wanildo Sousa LimaRG nº 2008776533, data de expedição 24/08/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 009.338.063-10 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Batuíte</u>
Número	<u>1954</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Diaslema</u>
Cidade	<u>Horizonte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62880-000</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3046-1120 / (85) 9.8936-0069</u>
E-mail	<u>jozuiam.moz@hotmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 04/07/2017

Assinatura do Declarante:

Wanildo Sousa Lima

DADOS DO CLIENTE

Rota 41 020072 55 010500 Medidor Poste
Nome FRANCISCA CLESTIA MOREIRA DA SILVA 9404866 0000 0
Endereço Postal

Esta é a segunda via de
JUN/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2242016 9

VENCIMENTO
09/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,22

End. da Unidade Consumidora **RU BATURITE 01954 DIADEMA HORIZONTE 62880000**

RG / CPF / CNPJ **013.439.413-50** CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA** Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 14014 Leitura Anterior 13902 Constante 1 Consumo (kWh) 112 Consumo (kW) 0 Consumo Faturado 112

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 kWh
Consumo faixa 31-100 kWh
Consumo faixa 101-220 kWh

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,38467	5,54
70	0,31559	22,16
12	0,47490	5,70

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão 31/05/2017
Apresentação Próx. Próxima Leitura 30/06/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7A6B.436B.BF3C.7AF4.EEC2.534B.A6AA.246A

ICMS

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

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA 0,56
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 1,80
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-TNT 17,46
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,04)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	15,43
TRANSMISSÃO	1,91
DISTRIBUIÇÃO	10,47
ENCARGOS SETORIAIS	3,62
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	4,14

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a agenda no verso desta conta. CM: 12,12
Conjunto COLUNA

Mês ABR/ 2017

	Padrão Individual		Apuração Individual		Anual
	Mensal	Trim.	Mensal	Trim.	
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,45	0,00
FIC (h)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,24	

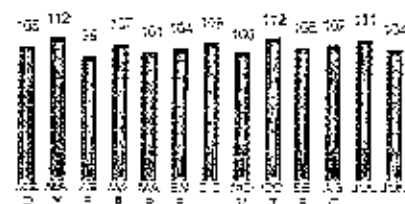
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica % (CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**
REC. 13 JUL 2017
Nome:

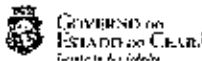
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



ROTA Consumo

Nº do Cliente: **2242016-9** Nº da Nota Fiscal: **479440064** Total a Pagar (R\$): **53,22**
Data de Emissão: **04/07/2017** Referência: **JUN/2017** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



2º Via

0074980793

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA

End. Entrega: RD BATISTE 1881, ZUMBI

Cidade: HORIZONTE

CEP: 62.280-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 338

Setor: 002

Quadra: 0224

Lote: 0150

Comp: 0000

ECONOMIAS

Presidencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Servico:

Medidor:

Letura Anterior:

Letura Atual:

Volumetria:

Média Semestral:

ÁGUA:

A09F284228

170

173

3

1

DATAS

Letura Atual: 06/06/2017

Emissão: 06/07/2017

Letra Água: 542252

Letra Anterior: 00/05/2017

Código Letra: 06/07/2017

Letra Exata:

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2017

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cor:

Coliformes Totais:

Ferrohidróxido Co5

Estágio:

055

055

010

055

055

Resíduo:

040

040

010

040

040

Em conformidade:

023

040

000

030

040

MENSAGENS - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Constatamos débito de R\$ 365,24. Caso pago, desconsiderar.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor(R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

ÁGUA

19,65

Mês/Ano

Água(m³)

Equip(m³)

MULTA DE 2%

111

0,30

JUN/2016

1

0

JURAS DE 0,0031% AO DIA

111

3,20

JUL/2016

1

0

AGO/2016

2

0

SET/2016

1

0

OUT/2016

5

0

NOV/2016

1

0

DEZ/2016

3

0

JAN/2017

1

0

FEV/2017

1

0

MAR/2017

1

0

ABR/2017

0

0

MAI/2017

2

0

TAXAS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor(R\$)

SUBSIDIO

Descrição

Valor(R\$)

PIS

0,22

VALOR DO SERVIÇO

41,49

COFINS

1,10

VALOR DO SUBSIDIO

18,30

VALOR TOTAL A PAGAR

23,19

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

06/2017

04/07/2017

23,19

O QUE É O CAGECE

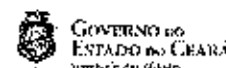
Órgão regulador, fiscalizador e controlador dos serviços públicos de saneamento básico no Estado do Ceará. O CAGECE é responsável por garantir a qualidade e a continuidade dos serviços de saneamento básico, bem como a cobrança das tarifas de água e esgoto.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o 0800 275 0155, ou ligue para o atendimento de 8h às 17h, ou acesse o site www.cagece.com.br ou acesse a Cagece: 3101, 1918, de 8h às 12h e 1310, 175. Ouvidoria: 444444155. Site: www.arce.gov.br

Sollicitas Reguladoras - Fortaleza - ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Datas: Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Prestados pelo Estado do Ceará: 0800 275 0155



DADOS DO CLIENTE

Instalação: 0074980793

Atividade: 06/2017

Local: 378

Setor: 2

Quadra: 0224

Lote: 0150

Comp: 0000

Cidade: HORIZONTE

Vencimento: 04/07/2017

Total(R\$): 73,19

800-6 07498079301-7 03002931025-4



20

EMISSÃO - ATENDIMENTO VIRTUAL 04/07/2017 12:41:16



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Igor Ferreira da Silva, portador(a) do

RG nº 05638197420, expedido por Debian Lima, em

31/05/17, CPF/CNPJ nº 049.666.223-60

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jeanildo

Sousa Lima do sinistro de DPVAT da natureza TPA

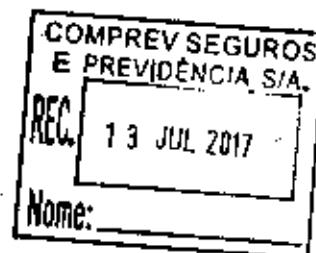
da vítima Jeanildo Sousa Lima, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Igor Ferreira da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



AMARELO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

1700491078		16/01/2017 21:56:23		FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA		NOTURNO		94	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
IVANILDO SOUSA LIMA		09/06/1976		48 A 7 M 7 D		708608516406185			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IGNORADO								M	
Mãe		Pai		Estado Civil		Raca/Cor		Naturalidade	
MARIA DAS DORES SILVA LIMA		AUGUSTO SOUSA LIMA		CASADO(A)		IMPORTADO		ARACOIABA - CE	
Endereço				Conjato				(85) 99172-0392	
RUA - SATURITE - 1954 - PARQUE DIADEMA I - HORIZONTE - CE								Ocupação	
								NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
AMARELO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ATENDIMENTO AMBULATO		URGÊNCIA				PSFDIADM1 - (			
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
URGENCIA / EMERGENCIA		DEMANDA ESPONTANEA						MAURIDENIA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Dor MSE (sic)									
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)									
Exame Físico		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.		REC. 13 JUL 2017		31 03 2017		Documentação médico - hospital:	
Hipótese Diagnóstica		Nome:				Maria Neide Martins de S. Silva		Assistente Social	
						CRESS: 8969			
SAOT - Exames Complementares				☐ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC	
				☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG	
				☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Gel frotológico 0,7% - 100ml				F+ de					
Soro - 10ml				27/30					
Bebeute									
		Dra. Neide Martins de S. Silva		Assistente Social		CRESS: 8969			
		MPLICA DO TRS - S. CLINICA							
Conduta				☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório			
				☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)			
				☐ Alta a Revella		☐ Internação			
				☐ Transferência para:		Setor Urgência da Saúde		16/01/17	
óbito				☐ Sim		☐ Não		Destino: ☐ Família	
				☐ IML		☐ Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: raquel I				MÉDICA DE TRABALHO CLÍNICA					
Data Hora: 16/01/2017 22:01:09				16/01/2017					
A301									
1700491078									



HOSPITAL PSA

Nome: JUANILDO DE SOUZA LIMA

FRATURA PROXIMAL DO
UMERO EIL

SOLICITO 30 SS AT
FISIOTERAPIA MOTORA
PARA O OMBRO EIL

[Signature]
Dr. José Nogueira
Ortopedia e Traumatologia

08.03.17

Data

Assinatura e carimbo do Médico

Retornos: Dia / / Hora : Dia / / Hora :
Dia / / Hora : Dia / / Hora :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170-002, Fortaleza - CE.

PABX: (85) 3244-2144 FAX: 3224-7225

SRC - Serviço de Relacionamento com o Cliente - Fone: 3244-2144 Ramal 201.

Site: hospitalpsa.com.br

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

13 JUL 2017

Nome: _____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE

Francisco Sousa Lima

NECESSITA DE 12 DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE.

C.I.D.

S42.2

HORIZONTE 16/01/2012

Alvina Alves Oliveira
MÉDICO / CIRURGIÃO DENTISTA

Av. Presidente Costa e Silva, nº 4517 - CEP: 60.160-000 - CNPJ: 07.053.794/0001-00 - FONE: (33) 2133.6050



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 13 JUL 2017

Nome: _____



SOLICITAÇÃO DE ATESTADO

PACIENTE: _____

662

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PRONT.: _____

DATA: _____

☐ 30 ☒ 45 ☐ 60 ☐ 90 ☐ 120

☐ Alta definitiva

☐ Sem previsão alta

Ass. Médica
Ortopedia e Traumatologia

Ass. Médico

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC.	13 JUL 2017
Nome: _____	



HOSPITAL PSA

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero EL

Cirurgia: Redução cirúrgica

Data da cirurgia: 29/07/17

- 1) FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- 2) RETIRAR OS PONTOS CIRÚRGICOS EM 21
- 3) AO RETORNAR TRAZER ESTA RECETA E UMA NOVA GUIA DE REFERÊNCIA (PARA PACIENTES DO INTERIOR).

PATOLOGIA DE MEMBRO SUPERIOR:

☒ USAR TIPÓIA

PATOLOGIA DE MEMBRO INFERIOR:

☐ PISAR

☐ PISAR COM APOIO

☐ ANDAR

☐ ELEVAR MEMBRO INFERIOR

☐ NÃO PISAR

☐ USAR MOLETAS

☐ NÃO ANDAR

Data

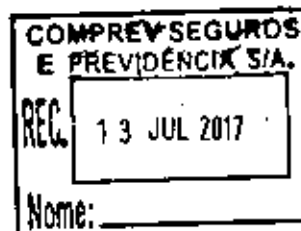
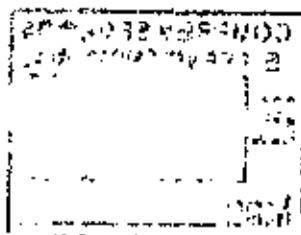
Assinatura e carimbo do Médico

[Handwritten signature and stamp]
Original CRAL 3

Retornos:

Dia: 30/07/17 Hora: 8:00 Dia: 1/8/17 Hora: 8:00
Dia: 1/8/17 Hora: 8:00 Dia: 1/8/17 Hora: 8:00

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

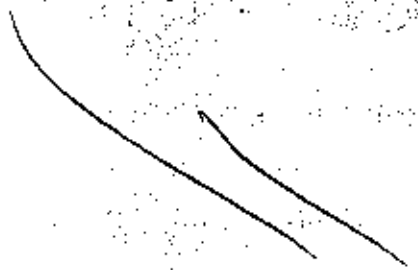




COMPANHIA SANEAMENTO DE SÃO PAULO

NOME: JUNILIA SOUSA LIMA

14
P. PROTEÇÃO 100% O/C
JUN 01/2017
12/12



José Newton Mota
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

25 10/1/17

Data

Assinatura do Médico

COMPANHIA SANEAMENTO DE SÃO PAULO	
E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC. REC.	13 JUL 2017
Nome: _____	



HOSPITAL PSA

Nome: IVANILDO DE SOUZA LIMA

FRATURA PROXIMAL A-
UMERO EIL

SOLICITO 30 SS AT
FISIOTERAPIA MOTORA
PARA O OMBRO EIL

[Handwritten signature]
D. José Mendes Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia

09.03.17

Data

Assinatura e carimbo do Médico

Retornos: Dia / / Hora : Dia / / Hora :
Dia / / Hora : Dia / / Hora :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170-002, Fortaleza - CE.

PABX: (85) 3244-2144 FAX: 3224-7225

SRC - Serviço de Relacionamento com o Cliente - Fone: 3244-2144 Ramal 201.

Site: hospitalpsa.com.br

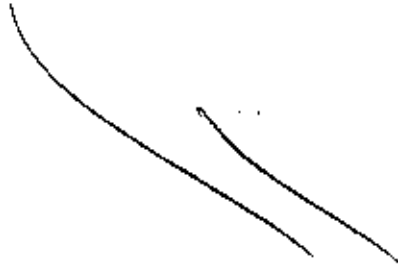
CÔMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC.	13 JUL 2017
Nome: _____	



12/06/2017 10:00:00

NOME: FRANCISCO SOUSA LIMA

14
1) Proforma 1024 — O/CF
Quem O/CF em 1
12/12/17



Dr. José Roberto Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3113

25 10/1/17

Endereço:

Assinatura e carimbo do médico

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC.	13 JUL 2017
Nome: _____	



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

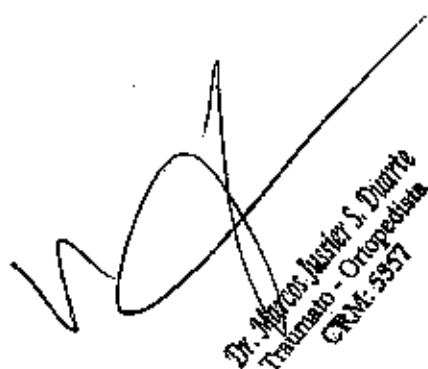
Registro de Atendimento Médico Hospitalar

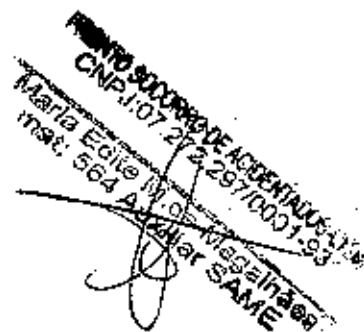
Atesto e declaro que IVANILDO SOUSA LIMA, deu entrada neste Hospital no dia 22/01/17, Prontuário N.º 162.328 aos cuidados médicos do DR JOSE NEWTON MACEDO, internado com laudo médico de FRATURA DO ÚMERO CID S 42.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 25/01/17. Retornou dia 09/03/17 submetido a tratamento cirúrgico de retirada de material CID Z 47.0, recebeu alta hospitalar dia 09/03/17. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

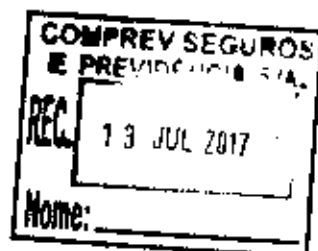
Fortaleza, 9 de março de 2017.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

EDITE MAGALHÃES
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO


Dr. Marcos Justier S. Duarte
Traumato - Ortopedista
CRM: 5957


PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Maria Edite M. Magalhães
mat: 564 Auxiliar SAME





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FOTOMÁTICA E FÉRMAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



Ivanildo Sousa Lima

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008776533 5

DATA DE EMISSÃO 24/03/2014

NOME

IVANILDO SOUSA LIMA

FILIAÇÃO

AUGUSTO SOUSA LIMA

MARIA DAS DORES LIMA

NATURALIDADE

ARACOIABA - CE

DATA DE NASCIMENTO

09/06/1974

D.O.C. ORIGEM

CERT. CASAMENTO CARTÓRIO: 4 ZONA TERMO: 36.004 FOLHA: 178V

LIVRO: B-41 FORTALEZA - CE

009.338.063-10

ASSINATURA DO DIRETOR

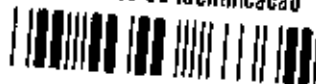
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P. 1-31

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 13 JUL 2017

Nome: _____



PROIBIDO PLASTIFICAR

1488762321

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1488762321

NOME: IGOR FERREIRA DA SILVA

DOC. DE IDENTIDADE / OUTRO TÍTULO DE IDENTIDADE: 5517806

CPF: 049.666.223-60 DATA NASCIMENTO: 18/01/1992

INSCRIÇÃO: AUCILENE FERREIRA DA SILVA

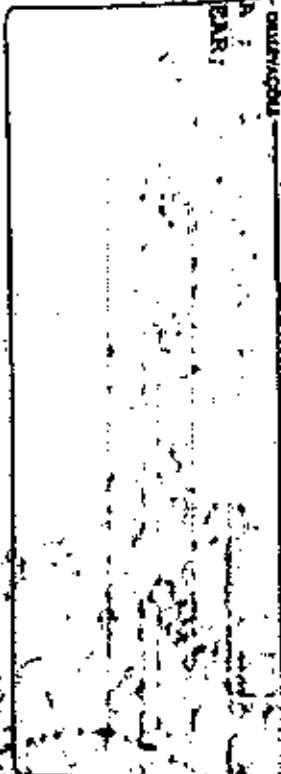


Nº DE REGISTRO: 05638197420

VÁLIDATE: 13/03/2020

1ª EMISSÃO: 08/11/2012

RENÚNCIA: ☐ ACC: ☐ CURR: ☐ AN: ☐



Assinatura do Titular

LOCAL: FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 31/05/2017

Assinatura do Titular

25051242963
CE159648564

CEARA

DE ACACIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 13 JUL 2017
Nome: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÔD. RENAVAM R.N.R.C. EXERCÍCIO
PFT 01 00316928020 0000000000 2017

NOME
IVANILDO SOUSA LIMA

HORIZONTE /CE

CPF/CNPJ PLACA
00933306310 0CH6851/CE
PLACA ANT/UF CHASSI
/CE 9C2KC16708R343249

ESPÉCIE/TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/MAD-APLIC GASOL/ALCO
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOO.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2011
CAP/ROT/CIL CATEGORIA COT. PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 *****
2 *****
3 *****
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
HORIZONTE 08/03/2017
Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

DETRAN

DETRAN

COMPREV SEGUR
E PREVIDÊNCIA
REC. 13 JUL 2017
Nome:

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VANTAGEM ESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013194940146 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA-EMISSÃO
2017 03/03/2017

VIA CPF/CNPJ PLACA
01 00933306310 0CH6851
RENAVAM MARCA/MODELO
00316928020 HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB. CIL/ROT 9C2KC16708R343249
2011 09

PRÊMIO TARIFÁRIO
PRIS (R\$) DENOMIN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
91,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4,15 0,7 189,5

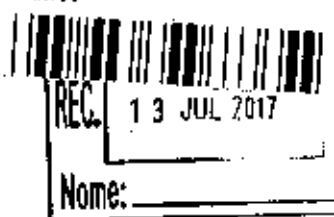
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
02/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.632/0001-04

MOTOR: KC16E7B343249 01342





Portaria DETRAN Nº 71 DE 05/01/2015

Publicado no DOE em 28 jan 2015

Dispõe sobre o licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015.

O Superintendente do Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN-CE, no uso de suas atribuições legais, e;

Considerando, o previsto no Artigo 1º da Resolução nº 110 de 24.02.2000 do CONTRAN, que diz: Os órgãos executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal estabelecerão prazos para renovação do Licenciamento Anual dos Veículos registrados sob sua circunscrição, de acordo com o algarismo final da placa de identificação, respeitados os limites fixados na tabela a seguir;

Resolve:

O licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015, obedecerá ao seguinte calendário de pagamento, FACULTADA A ANTECIPAÇÃO:

CALENDÁRIO LICENCIAMENTO EXERCÍCIO 2015

FINAL DE PLACA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
VENCIMENTO	10/03	10/04	11/05	10/06	10/07	10/08	10/09	13/10	10/11	10/12

Os EXTRATOS DE LICENCIAMENTO e DPVAT, serão remetidos através dos Correios ao domicílio de cada proprietário, para fins de pagamento junto a qualquer agência do BRADESCO, Banco do Brasil S A (BB), Caixa Econômica Federal e agências lotéricas e dos Correios, bem como posteriormente, respectivo Certificado de Registro e Licenciamento (CRLV) exercício de 2015, comprovado pagamentos de taxa de licenciamento, seguro DPVAT e parcelas correspondentes ao IPVA do exercício. O não recebimento via correios do EXTRATO DE LICENCIAMENTO no domicílio do proprietário, não implica dispensa de taxas e demais encargos relativos ao veículo, devendo o interessado, neste caso emitir as taxas através do site "detran.ce.gov.br" ou comparecer ao DETRAN ou a um de seus postos de atendimento até a data de vencimento, com a finalidade de efetuar os pagamentos e receber o CRLV correspondente. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO, em Fortaleza, 05 de janeiro de 2015.

Igor Vasconcelos Ponte
SUPERINTENDENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269274/17
Vítima: IVANILDO SOUSA LIMA
CPF: 009.338.063-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/01/2017
Titular do CPF: IVANILDO SOUSA LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IGOR FERREIRA DA SILVA : 049.666.223-60

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

IVANILDO SOUSA LIMA : 009.338.063-10

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.

Portador da documentação entregue

Data: 13/07/2017
Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 049.666.223-60

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/07/2017
Nome: JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSÁRIO
CPF: 051.537.153-02

IGOR FERREIRA DA SILVA

JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSÁRIO