Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA	027.569.568-39	16-07-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (88) 3572-0398

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.

J. DO NORTE-CE, 16 de MARÇO de 2018
Local e Date

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Luiz Clementino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

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

Delegacia Regional de Polícia Ceará

FLS. _____ RUBRICA

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8702 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2017 17:29:19**
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2017 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO ADIL NOBREGA**
Complemento:
Bairro: **TRIÂNGULO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CASARÃO DO ÓLEO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**
Nascimento: **24/08/1951** CPF: **027.569.568-99**
RG: **16180559** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **QUITERIA VIEIRA DA SILVA**
JOSÉ CLEMENTINO DA SILVA
Endereço: **RUA MANOEL CASSIMIRO, 291**
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98879-8014**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia sua bicicleta; que, andava na Rua Antonio Adil Nobrega, bairro Triângulo, Juazeiro do Norte/Ce, quando de repente foi atingido frontalmente por uma motocicleta; que foi arremessado ao solo, sendo socorrido por populares e levado logo em seguida (16/07/2017) para o Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte/Ce, retornando ao citado hospital no dia 21/07/2017; que o condutor da motocicleta não prestou socorro a vítima, por esse motivo nada sabe informar a respeito do mesmo nem da motocicleta envolvida; que em virtude do acidente afirma ter sofrido fratura no braço esquerdo e escoriações pelo corpo; que está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); que está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do declarante. Nada mais disse.////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSAVEL PELO REGISTRO : _____
VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

A Rogo: Daniele Sousa Pereira

Impresso em: 25/07/2017 17:57:23

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

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8702 / 2017

RAFAEL MOTA AMARAL - MAT.: 198749-1-5

A Rogo:
Daniele Souza Pereira

2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
Juazeiro do Norte
Ceará

MBM
SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Seguradora **LÍDER**
Administradora do Seguro 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
	027.569.568-99	LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA		CPF titular da conta: 027.569.568-99	Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA MANOEL CASSIMIRO		Número: 291	Complemento:
Bairro: TRIANGULO (SÃO JOSÉ)	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	Estado: CE	CEP: 63-024-550
Email:			Telefone (DDD): (88) 3572-0398

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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO.: 3587 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 31547 D/V: 0 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (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.

JUAZEIRO DO NORTE/CE 16 de MARÇO de 2018
Local e Date

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Luiz Clementino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180213871**
Vitima: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**
Data do Acidente: **16/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180213871**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180213871**
Vitima: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**
Data do Acidente: **16/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180213871.**

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.b**r 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303194/18

Número do Sinistro: 3180383660

Vítima: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

Data do acidente: 16/07/2017

CPF: 027.569.568-99

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE RODRIGUES DOS SANTOS : 005.639.753-42

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/09/2018 Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS CPF: 005.639.753-42	Data do cadastramento: 19/09/2018 Nome: Mariana Custodio Teixeira CPF: 004.878.610-19
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS	Mariana Custodio Teixeira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 2017020852338 órgão expedidor SSP CE
e do CPF: 027569568-97 residente no(a) RUA MANOEL CASSIMIRO
nº 291, bairro: TRIANGULO (SÃO JOSÉ), município: JUAZEIRO DO NORTE CE.

OUTORGADO:

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSO INFORMAR, portador(a) do RG 2001029128640, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 005.639.753-42, residente no(a) Rua Joaquim Alexandre Souza
nº 03, bairro: FREI DAMIÃO, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima LUIZ CLEMENTINO DA SILVA.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE 15.03.2018

5º OFÍCIO

Luiz Clementino da Silva
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CPC
CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Cruzeiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3512-6230/3512-6268
Carlos Tiago de Queiroz Rocha - Tabelião / Bonia de Deus Carvalho Rocha / Danielle Carvalho de Queiroz Rocha - Substitutos

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA. CONFERIDO (_____). DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará, 15/03/2018.

GARDENIA MARIA DE CARVALHO GOMES

CARTÓRIO PADRE CÍCERO 5º OFÍCIO Juazeiro do Norte (CE)

CARTÓRIO PADRE CÍCERO 5º OFÍCIO Bel. Carlos Tiago de Queiroz Rocha - TITULAR Juazeiro do Norte

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

NOME
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
2001029128640 SSP CE

CPF
005.639.753-42

DATA NASCIMENTO
24/07/1984

FILIAÇÃO
JOAO RODRIGUES DOS SANTOS
MARIA CICERA DOS SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AD

Nº REGISTRO
03492939000

VALIDADE
16/07/2017

1ª HABILITAÇÃO
22/01/2005

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
27/07/2012

86214428204
CE131462296

FRANCISCO JOAO DAS CHAGAS LOANDI

583276248

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

583276248

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.639.753-42**

Nome: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **24/07/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:27:43** do dia **16/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F7DB.686D.BCC8.AD9D**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

O Transporte coberto por este conhecimento se rege pelo código Brasileiro de Aeronáutica (Lei 7.565 de 19/12/1986), especificamente pelas regras relativas a responsabilidade Civil prevista nos artigos 193, 241, 244, 262 e 264, de cujo teor o Expedidor/Remetente declara concordar e ter plena ciência. O Expedidor/Remetente aceita como corretas todas as especificações impressas, manuscritas, datilografadas ou carimbadas neste conhecimento, certificando que os artigos perigosos pela regulamentação da I.C.A.O. foram devidamente informados e acondicionados para transporte Aéreo.

EXPEDIDOR/REMETENTE	NOME	ASSINATURA
DESTINATARIO/RECEBEDOR	DATA/HORA	RG
NUMERO OPERACIONAL 90025668661	CHAVE DE ACESSO 23180409296295001808570010000961441274451872	DATA HORA DE EMISSAO 20/04/2018 08:19:52

AZUL LINHAS AEREAS BRASILEIRAS S/A

Azul Express

AV SEN CARLOS JEREISSATI AEROPORTO, 03000
SERRINHA
FORTALEZA/CE
CEP 60741900
CNPJ 09296295001808
IE 063750686
FONE 40031118

DACTE
Documento Auxiliar de Conhecimento de Transporte Eletrônico

MODELO	SERIE	NUMERO	DATA E HORA DE EMISSAO	INSC. SUFRAMA DO DESTINATARIO
57	1	96144	20/04/2018 08:19:52	

MODAL AEREO

CHAVE DE ACESSO
2318 0409 2962 9500 1808 5700 1000 0961 4412 7445 1872

Consulta de autenticidade no portal nacional do CT-e, no site da Sefaz Autorizadora, ou em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal

TIPO DO CT-E: NORMAL	TIPO DO SERVIÇO: NORMAL
INDICADOR DO CT-E GLOBALIZADO: [ ] SIM [X] NAO	INFORMACOES DO CT-E GLOBALIZADO
PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO: 323180002237961	
CODIGO FISCAL DE OPERACOES E PRESTACOES - NATUREZA DA OPERACAO: 6.357 - PRESTACAO DE SERVICO AEREO	
INICIO DA PRESTACAO: JUAZEIRO DO NORTE - CE - 2307304	TERMINO DA PRESTACAO: RIO DE JANEIRO - RJ - 3304557

REMETENTE JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO: AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
MUNICIPIO: JUAZEIRO DO NORTE
CNPJ/CPF: 17930679000110 IE: CEP: 63034005
UF: CE PAIS: Brasil FONE: 8835720398

DESTINATARIO MBM PREVIDENCIA COMPLEMENTAR
ENDERECO: R ALVARO ALVIM nº 21 compl AND 3 - CENTRO
MUNICIPIO: RIO DE JANEIRO
CNPJ/CPF: 92892256000411 IE: ISENTO CEP: 20031010
UF: RJ PAIS: Brasil FONE: 2122230809

EXPEDIDOR
ENDERECO:
MUNICIPIO:
CNPJ/CPF: IE: CEP:
UF: PAIS: FONE:

RECEBEDOR
ENDERECO:
MUNICIPIO:
CNPJ/CPF: IE: CEP:
UF: PAIS: FONE:

TOMADOR DO SERVICO JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO: AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
MUNICIPIO: JUAZEIRO DO NORTE
CNPJ/CPF: 17930679000110 IE: CEP: 63034005
UF: CE PAIS: Brasil FONE: 8835720398

PRODUTO PREDOMINANTE	OUTRAS CARACTERISTICAS DA CARGA	VALOR TOTAL DA CARGA
GERAL	CX DE PAPELAO	R$ 0,00

QTD CARGA	PESO BRUTO (KG)	PESO BASE CALC. (KG)	PESO AFERIDO (KG)	CUBAGEM (M3)	QUANTIDADE DE VOLUMES (UNID)
	4,500	5,000	4,500		1

COMPONENTES DO VALOR DA PRESTACAO DO SERVICO

NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	VALOR TOTAL DA PRESTACAO DO SERVICO
FRETE NACIONAL	R$ 117,29	TX CAPATAZIA	R$ 0,25	EMBALAGEM	R$ 4,20	TX EMISSAO	R$ 1,00	R$ 122,74
								VALOR A RECEBER: R$ 122,74

INFORMACOES RELATIVAS AO IMPOSTO

CLASSIFICACAO TRIBUTARIA DO SERVICO	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA DO ICMS	VALOR DO ICMS	% RED. BC. CALC.
00 - PRESTACAO SUJEITO A TRIBUTACAO NORMAL ICMS	R$ 122,74	4,00	R$ 4,91	

DOCUMENTOS ORIGINARIOS

TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/Nº. DOCUMENTO	TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/NRO. DOCUMENTO

25 ABR 2018

PREVISAO DO FLUXO DA CARGA

SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE ORIGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE PASSAGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE DESTINO
JDO		SDU

OBSERVACOES GERAIS

FRETE PAGO NA ORIGEM, AZUL CARGO AMANHA, ICMS OBS: CE: SEM INFO
MANUSEIO: 99-OUTRO (ESPECIFICAR NO CAMPO OBSERVACOES)

INFORMACOES ESPECIFICAS DO MODAL AEREO

NUMERO OPERACIONAL DO CONHECIMENTO AEREO	CLASSE	CODIGO DA TARIFA	VALOR DA TARIFA
90025668661	E		R$ 23,46

NUMERO DA MINUTA	RETIRA	DADOS RELATIVOS A RETIRADA DA CARGA
0011870018	[ ] SIM [X] NAO	

CARACTERISTICA ADICIONAL DO SERVICO	DATA PREVISTA DA ENTREGA	DIMENSAO	NATUREZA DA CARGA	INFORMACOES DE MANUSEIO
	25/04/2018	21,5X31,5X9		99

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO

AZUL CARGO - 20/04/2018 08:20:19

WEBCARGO CNPJ: 06647591/0001-70

Juazeiro do Norte - CE, 05 de Agosto de 2018

Assunto: Solicitação de Reanálise de Processo
Número do processo: 701857
Sinistro: 3180/213871

nasc 24/8/1951

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

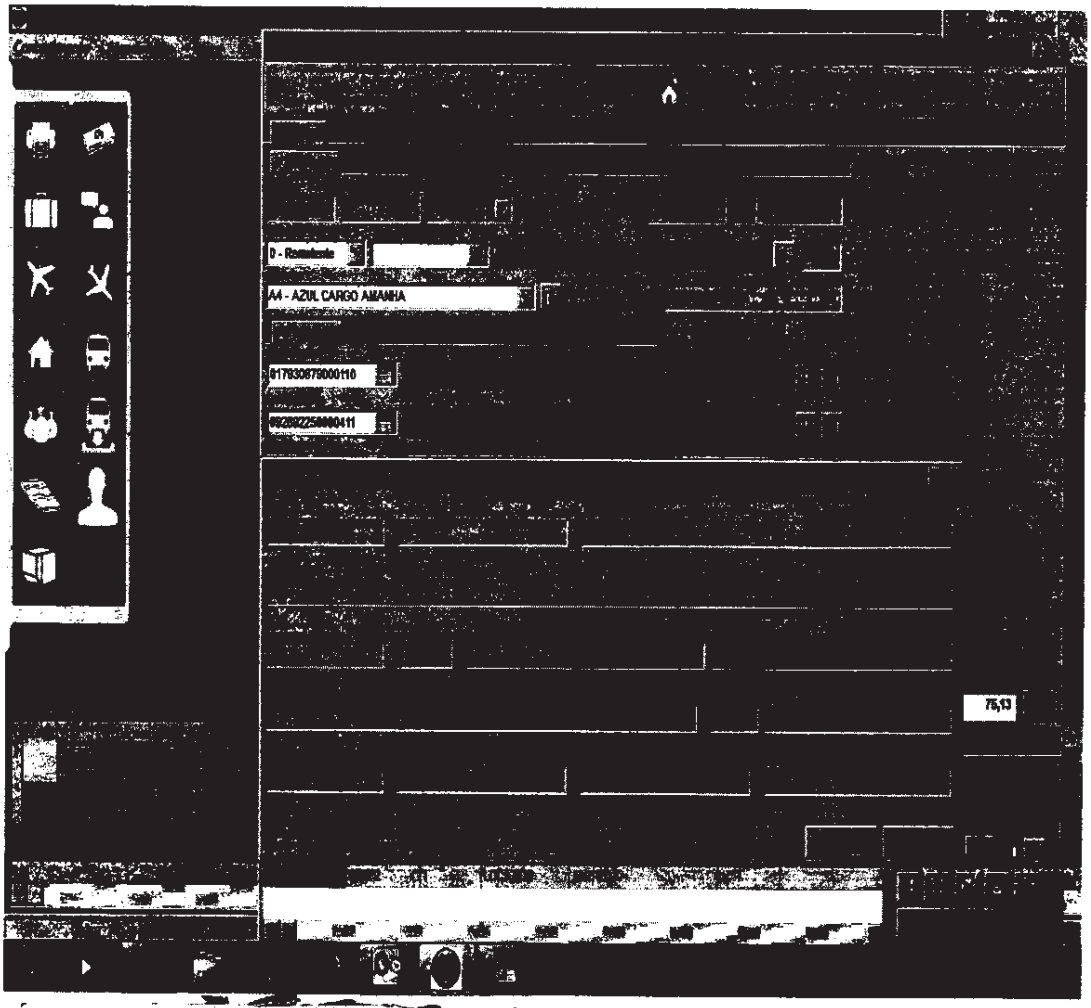
Eu, LUIZ CLEMENTINO DA SILVA, portador CPF 027.569.568-99, vítima de acidente de trânsito no dia 16/07/2017, dei entrada no processo de recebimento do seguro DPVAT, e meu processo foi Negado, após uma perícia médica onde ao menos foi agendado uma perícia médica pra mim.

Sendo assim, em decorrência do trauma sofrido, apresento sequelas irreversíveis, conforme novos documentos médicos atuais que envio em anexo. **SOLICITO** que seja designada uma perícia, para correta avaliação das minhas sequelas.

Luiz clementino da silva

LUIZ CLEMENTINO DA SILVA
Requerente

20 AGO 2018



Azul cargo | www.azulcargo[illegible].br

SDU	DESTINO: SDUF2	
	VOO:	
NUMERO: 90030482694	EMISSAO: 13/08/2018	SPL: NOR
VOLUMES: 0001/0001	DIMENSAO: 28 X 40 X 1 CM	
PESO REAL: 1,55	PESO CUBADO: ,187	ORIGEM: JDOF1

ENDERECO DE ENTREGA:
MBM PREVIDENCIA COMPLEMENTAR
R ALVARO ALVIM, 21
AND 3, CENTRO
RIO DE JANEIRO - 20031010

TIPO DE RETIRADA: ENTREGA DOMICILIAR	PRODUTO: AZUL CARGO AMANHA

90030482694 0001

MBM SEGURADORA
15 AGO 2018
DPVAT / RJ

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

O Transporte coberto por este conhecimento se rege pelo código Brasileiro de Aeronáutica (Lei 7.565 de 19/12/1986), especificamente pelas regras relativas a responsabilidade Civil prevista nos artigos 193, 241, 244, 262 e 264, de cujo teor o Expedidor/Remetente declara concordar e ter plena ciência. O Expedidor/Remetente aceita como corretas todas as especificações impressas, manuscritas, datilografadas ou carimbadas neste conhecimento, certificando que os artigos perigosos pela regulamentação da I.C.A.O. foram devidamente informados e acondicionados para transporte Aéreo.

EXPEDIDOR/REMETENTE	NOME	ASSINATURA
DESTINATARIO/RECEBEDOR	DATA/HORA	RG
NUMERO OPERACIONAL 90031476682	CHAVE DE ACESSO 23180909296295001808570010001138921663775877	DATA HORA DE EMISSAO 05/09/2018 12:34:50

AZUL LINHAS AEREAS BRASILEIRAS S/A

AV SEN CARLOS JEREISSATI AEROPORTO, 03000
SERRINHA
FORTALEZA/CE
CEP 60741900
CNPJ 09296295001808
IE 063750686
FONE 40031118

DACTE
Documento Auxiliar de Conhecimento de Transporte Eletrônico

MODAL AEREO

MODELO	SERIE	NUMERO	DATA E HORA DE EMISSAO	INSC. SUFRAMA DO DESTINATARIO
57	1	113892	05/09/2018 12:34:50	

CHAVE DE ACESSO
2318 0909 2962 9500 1808 5700 1000 1138 9216 6377 5877

Consulta de autenticidade no portal nacional do CT-e, no site da Sefaz Autorizadora, ou em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal

TIPO DO CT-E: NORMAL	TIPO DO SERVICO: NORMAL	
INDICADOR DO CT-E GLOBALIZADO: [ ] SIM [X] NAO	INFORMACOES DO CT-E GLOBALIZADO	PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO: 323180005333058

CODIGO FISCAL DE OPERACOES E PRESTACOES - NATUREZA DA OPERACAO
6.357 - PRESTACAO DE SERVICO AEREO

INICIO DA PRESTACAO: JUAZEIRO DO NORTE - CE - 2307304
TERMINO DA PRESTACAO: RIO DE JANEIRO - RJ - 3304557

REMETENTE: JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO: AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
MUNICIPIO: JUAZEIRO DO NORTE — CEP: 63034005
CNPJ/CPF: 17930679000110 — IE:
UF: CE — PAIS: Brasil — FONE: 8835720398

DESTINATARIO: MBM PREVIDENCIA COMPLEMENTAR
ENDERECO: R ALVARO ALVIM nº 21 compl AND 3 - CENTRO
MUNICIPIO: RIO DE JANEIRO — CEP: 20031010
CNPJ/CPF: 92892256000411 — IE: ISENTO
UF: RJ — PAIS: Brasil — FONE: 2122230809

EXPEDIDOR
ENDERECO
MUNICIPIO — CEP
CNPJ/CPF — IE
UF — PAIS — FONE

RECEBEDOR
ENDERECO
MUNICIPIO — CEP
CNPJ/CPF — IE
UF — PAIS — FONE

TOMADOR DO SERVICO: JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO: AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
CNPJ/CPF: 17930679000110 — IE:
MUNICIPIO: JUAZEIRO DO NORTE — CEP: 63034005
UF: CE — PAIS: Brasil — FONE: 8835720398

PRODUTO PREDOMINANTE	OUTRAS CARACTERISTICAS DA CARGA	VALOR TOTAL DA CARGA
DOC	GERAL	R$ 0,00

QTD	PESO BRUTO (KG)	PESO BASE CALC. (KG)	PESO AFERIDO (KG)	CUBAGEM (M3)	QUANTIDADE DE VOLUMES (UND)
CARGA	1,000	1,000	1,000		1

COMPONENTES DO VALOR DA PRESTACAO DO SERVICO

NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	VALOR TOTAL DA PRESTACAO DO SERVICO
FRETE NACIONAL	R$ 54,54	TX CAPATAZIA	R$ 0,05	TX ORIGEM	R$ 0,11	EMBALAGEM	R$ 1,30	R$ 57,00
TX EMISSAO	R$ 1,00							VALOR A RECEBER: R$ 57,00

INFORMACOES RELATIVAS AO IMPOSTO

CLASSIFICACAO TRIBUTARIA DO SERVICO	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA DO ICMS	VALOR DO ICMS	% RED. BC. CALC.
00 - PRESTACAO SUJEITO A TRIBUTACAO NORMAL ICMS	R$ 57,00	4,00	R$ 2,28	

DOCUMENTOS ORIGINARIOS

TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/Nº. DOCUMENTO	TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/NRO. DOCUMENTO

MBM SEGURADORA
11 SET 2018
DPVAT / RJ

PREVISAO DO FLUXO DA CARGA

SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE ORIGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE PASSAGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE DESTINO
JDO		SDU

OBSERVACOES GERAIS

FRETE PAGO NA ORIGEM, AZUL CARGO AMANHA. ICMS OBS: CE: SEM INFO
MANUSEIO: 99 - OUTRO (ESPECIFICAR NO CAMPO OBSERVACOES)

INFORMACOES ESPECIFICAS DO MODAL AEREO

NUMERO OPERACIONAL DO CONHECIMENTO AEREO	CLASSE	CODIGO DA TARIFA	VALOR DA TARIFA
90031476682	E		R$ 54,54
NUMERO DA MINUTA: 0013278037	RETIRA: [ ] SIM [X] NAO	DADOS RELATIVOS A RETIRADA DA CARGA	
CARACTERISTICA ADICIONAL DO SERVICO / DATA PREVISTA DA ENTREGA: 11/09/2018	DIMENSAO: 28X40X1	NATUREZA DA CARGA — INFORMACOES DE MANUSEIO: 99 - OUTRO (ESPECIFICAR NO CAMPO OBSERVACOES)	

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E

RESERVADO AO FISCO


VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017208523 - 8 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2017

NOME
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ CLEMENTINO DA SILVA
QUITERIA VIEIRA DA SILVA

NATURALIDADE
BARBALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1951

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTORIO:SEDE TERMO:992 FOLHA:087 LIVRO:B-28
CARIRIAÇU - CE

CPF 027.569.568-99

1 VIA

Assinatura do Diretor
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 199

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
027.569.568-99

Nome
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

Nascimento
24/08/1951

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **027.569.568-99**

Nome: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **24/08/1951**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:27:03** do dia **16/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1FC3.159A.00B0.F915**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 16/07/2017 16:02
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Tel.:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** AMANDA SOUZA DE ALMEIDA **Horário** 16/07/2017 16:07
Queixa:
história de atropelamento por veículo, queixando-se de dor em mse, mie e epistaxe

fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ **CRM:** 6 **Nº:** 382830 **Horário** 16/07/2017 16:16
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E DOR NA COXA ESQUERDA. TRAUMA NO NARIZ SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente
RX BRACO E AP/P (0204040051)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente

MGM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 16/07/17 16:20

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 01AMP+S.F. 100ML EV 35 GOTAS/MIN	
S.F. 1500ML EV 35GOTAS/MIN	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

_____

HOSPITAL REG... AUTÊNT... AO ORIGI... ASS: ...ISGM - ...

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Prontuário:** 149403 **Admissão:** 16/07/2017
Data Nasc.: 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA **Telefone:**
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO **Bairro:** TRIANGULO **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
RX SEM ALTS OSSEAS AGUDAS CD - AINES - IMOBILIZACAO -ACOMP AMBULATORIAL	MARCELO NOGUEIRA LIMA	16/07/2017 22:58

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.701 RQE 2.179

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
AUTENTICO
CÓPIA FIEL
DO ORIGINAL

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 21/07/2017 15:34
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 11 mes(es) e 1 dia(s) **Tel.:** 88 88798014
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** ATAYANE GOMES FERREIRA **Horário** 21/07/2017 15:40
Queixa: DOR TORACICA À ESQUERDA HÁ 4 DIAS COM PIORA PROGRESSIVA APÓS ACIDENTE DE TRANSITO + DOR EM MIE E REFERE EPISTAXE AO ESFORÇO.
Fluxograma: DOR TORÁCICA
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** 6 **Pulso/FC:** 89

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUCILDO LEITE DOS SANTOS **CRM:** 3298 **Nº:** 383485 **Horário** 21/07/2017 16:27
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DO CORPO, NAO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
Comorbidade: ndn
HDA/Exame Físico:
POLI TRAUMA COM LESÃO DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS

ALTA

Data: 21/07/2017 22:00

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/07/201 15:40	DOR TORÁCICA	DOR MODERADA	AMARELO	ATAYANE GOMES FERREIRA

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DRVAT/RJ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS E AP/OBLIQUO (0204030072)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado
RX TORAX PA (0204030170)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado
RX BACIA AP (0204060095)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Dr. Fernando Neves Pereira da Luz
Médico - Cirurgião
CRM: 4366 - CRM: 7612
CPF: 217.144.874-15

Dr. Fernando Neves Pereira da Luz
Médico - Cirurgião
CRM: 4366 - CRM: 7612
CPF: 217.144.874-15

Atlas de consultas

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório médico

O paciente Luiz Clementino da Silva sofreu acidente de moto no dia 16/07/2017 que resultou em fratura do joelho esquerdo. Recebeu tratamento (conservador e fisioterapia motora). Apresenta sequela motora (limitação de 50% do movimento do joelho esquerdo). Recebeu alta definitiva no dia 30/11/2017.

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

02/08/2018

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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[1] 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[2]**.

[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 Jose Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF 005.639.753 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZ CLEMENTINO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.563.568 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUIZ CLEMENTINO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.563.568 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

X 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		Número	Complemento
Rua Joaquim Alexandre Souza		03	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Frei Damião	Juazeiro do Norte	Ce	63.043-610
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
juseg@jusegreguladora.com.br	(88)3572-0398	(88) 9 9779-2255	

J.do Norte-Ce 16 de MARÇO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

DLDRL.001 V001/2017

2ª Via

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição: 0022076352

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

End. Leitura: RU JOAQUIM ALEXANDRE SOUZA, 3, FREI DAMIAO

Cidade: JUAZEIRO — CEP: 63.043-610

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 021 — Setor: 001 — Subsetor: — Quadra: 0211 — Subquadra: — Lote: 0112 — Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A10F134527	184	186	2	2

DATAS

Leitura Atual: 08/05/2018 — Emissão: 14/05/2018 — Lacre Água:

Leitura Anterior: 07/04/2018 — Próxima Leitura: 07/06/2018 — Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	144	144	144	144	144
Em conformidade	133	136	140	134	144

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	24,40

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
OUT/2017	3	0
NOV/2017	3	0
DEZ/2017	3	0
JAN/2018	2	0
FEV/2018	2	0
MAR/2018	1	0
ABR/2018	4	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0,23
COFINS	1,16

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)
VALOR DO SERVIÇO	38,70
VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
05/2018	04/06/2018	24,40

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: [illegible] Outros: [illegible] Ativo: [illegible] serviço. Consulte sua agência.

CAGECE Central de Atendimento 0800 275 0195

Disque Ceará 155 — Ouvidoria do Estado — Central de Atendimento

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h e 13h às 17h**. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Fatura Mensal — Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0022076352 — Código de Responsável: — Mês/Ano: 05/2018

Local: 021 — Setor: 1 — Subsetor: — Quadra: 0211 — Subquadra: — Lote: 0112 — Comp: 0000

Cidade: JUAZEIRO — Vencimento: 04/06/2018 — Total (R$): 24,40

82600000000-8 24400009000-5 02207635201-6 02000831025-0

EMISSÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL 14/05/2018 11:40:07

Contatos:
(88) 9.8822-8977
(88) 9.9779-2255
(88) 3572-0398

MBM SEGURADORA
19 SET 2018
DPVAT/RJ

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Nº 14/02/1500
022076352

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
End. Unitura: RU JOROUIM ALEXANDRE SOUZA, 3, FREI DAMIAO
Cidade: JUAZEIRO — CEP: 63100-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 021 Setor: 001 Quadra: 0211 Lote: 0112 Conj.: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Consumo(m³)
AGUA	810F134527	169	172	3	1

DATAS
Leitura Atual: 08/11/2017 Emissão: 08/11/2017 Data Aferição:
Leitura Anterior: 07/10/2017 Próxima Leitura: 07/12/2017 Data Digitação:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactérias Cos
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	152	152	152	152	152
Em conformidade	149	150	141	146	152

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)	HISTÓRICO DE VOLUMES		
AGUA	23,10	Média (m³): 1	Água (m³): 3	Esgoto (m³): 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R$)	Descrição	Valor (R$)
PIS	0,22	VALOR DO SERVICO	38,70
COFINS	1,10	VALOR DO SUBSIDIO	15,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	23,10

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
11/2017	04/12/2017	23,10

ONDE PAGAR SUA FATURA — I: 357015053703671 L: 0426 H: 11:28:38 R: 058 P: 001
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Sicoob, Outros Fazendo o Cheque ou Boleto a serviço da Cagece em conta de uso bancário. Consulte o Caixa.
Cagece 0800 275 0195 — Cagece Móvel

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 288 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Disque Ética Pública: 156

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades — Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE 357015053703671 - 0426
Inscrição: 022076352 Código do Responsável: Referência: 11/2017
Local: 021 Setor: 001 Quadra: 0211 Lote: 0112 Conj.: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00
Cidade: JUAZEIRO Vencimento: 04/12/2017 Total (R$): 23,10

82610000000 7 23100009200 8 02207635201 6 02000222015 6

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA	027.569.568-39	16-07-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (88) 5572-0398

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.

J. DO NORTE-CE, 16 de MARÇO de 2018
Local e Date

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Luiz Clementino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 16/07/2017 16:02
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Tel.:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** AMANDA SOUZA DE ALMEIDA **Horário** 16/07/2017 16:07
Queixa:
história de atropelamento por veículo, queixando-se de dor em mse, mie e epistaxe
luxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ **CRM:** 6 **Nº:** 382830 **Horário** 16/07/2017 16:16
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E DOR NA COXA ESQUERDA. TRAUMA NO NARIZ SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente
RX BRACO E AP/P (0204040051)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 16/07/17 16:20

Prescrição		Horário:
CETOPROFENO 01AMP+S.F. 100ML EV 35 GOTAS/MIN		
S.F. 1500ML EV 35GOTAS/MIN		

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

VERSO →

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Prontuário:** 149403 **Admissão:** 16/07/2017
Data Nasc.: 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA **Telefone:**
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO **Bairro:** TRIANGULO **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
RX SEM ALTS OSSEAS AGUDAS CD - AINES - IMOBILIZACAO -ACOMP AMBULATORIAL	MARCELO NOGUEIRA LIMA	16/07/2017 22:58

2º Via

Cagece — Governo do Estado do Ceará

Nº de inscrição: 0022049274

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

End. Leitura: RU MANOEL CASSIMIRO, 291, SAO JOSE

Cidade: JUAZEIRO — CEP: 63.180-000

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 021 | Setor: 003 | Quadra: 0045 | Lote: 0038 | Comp: 0000

Subsetor: | Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A15F153183	382	393	11	13

DATAS

Leitura Atual: 10/03/2018 | Emissão: 14/03/2018 | Lacre Água: 2259680

Leitura Anterior: 09/02/2018 | Próxima Leitura: 10/04/2018 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	145	145	145	145	145
Em conformidade	142	123	127	137	145

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	28,56
ESGOTO	10,73

HISTÓRICO DE VOLUME Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
03/2018	03/04/2018	39,29

Bancos, Lotéricas, Correspondentes Bancários, Internet, Lotéricas Federais, Correios, Internet, Outras Lotéricas. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de consumidores. Veja mais formas de pagamento em www.cagece.com.br

Cagece Central de Atendimento 0800 275 0195

155 Ouvidoria do Estado Central de Atendimento

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agências Reguladoras de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

EMISSÃO : UN - GEREM CIU 14/03/2018 15:13:02

Cagece — Governo do Estado do Ceará — **Fatura Mensal** — Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0022049274 | Código de Responsável: | Mês/Ano: 03/2018

Local: 021 | Setor: 3 | Quadra: 0045 | Lote: 0038 | Comp: 0000

Subsetor: | Subquadra:

Cidade: JUAZEIRO | Vencimento: 03/04/2018 | Total (R$): 39,29

82660000000-2 39290009100-1 02204927401-6 01000131025-8

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

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

Delegacia Regional de Polícia Ceará

FLS. _____ RUBRICA

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8702 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2017 17:29:19**
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2017 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO ADIL NOBREGA**
Complemento:
Bairro: **TRIÂNGULO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CASARÃO DO ÓLEO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**
Nascimento: **24/08/1951** CPF: **027.569.568-99**
RG: **16180559** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **QUITERIA VIEIRA DA SILVA**
JOSÉ CLEMENTINO DA SILVA
Endereço: **RUA MANOEL CASSIMIRO, 291**
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98879-8014**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP. noticia que. na data. hora e local. acima informados. conduzia sua bicicleta; que, andava na Rua Antonio Adil Nobrega, bairro Triângulo, Juazeiro do Norte/Ce, quando de repente foi atingido frontalmente por uma motocicleta; que foi arremessado ao solo, sendo socorrido por populares e levado logo em seguida (16/07/2017) para o Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte/Ce, retornando ao citado hospital no dia 21/07/2017; que o condutor da motocicleta não prestou socorro a vítima, por esse motivo nada sabe informar a respeito do mesmo nem da motocicleta envolvida; que em virtude do acidente afirma ter sofrido fratura no braço esquerdo e escoriações pelo corpo; que está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); que está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do declarante. Nada mais disse.////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSAVEL PELO REGISTRO : _____
VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR / MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

A Rogo: Daniele Sousa Pereira

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

FLS. _____
RUBRICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8702 / 2017

RAFAEL MOTA AMARAL - MAT.: 198749-1-5

A Rogo:
Daniele Souza Pereira

20ª Delegacia Regional de Polícia Civil
Juazeiro do Norte
Ceará

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro 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
	027.569.568-99	LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA	CPF titular da conta: 027.569.568-99	Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA MANOEL CASSIMIRO	Número: 291	Complemento:
Bairro: TRIANGULO (SÃO JOSÉ) / Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	Estado: CE	CEP: 63-024-550
Email:		Telefone (DDD): (88) 3572-0398

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO.: 3587 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 31547 D/V: 0 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (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.

JUAZEIRO DO NORTE, CE 16 de MARÇO de 2018
Local e Data

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Luiz Clementino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180213871 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E COXA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NÃO COMPROVAM PRESENÇA DE SEQUELA PERMANENTE.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Ana Maria Dutra Ribeiro

CRM do médico: 5258235-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 2017021852338 órgão expedidor SSP CE
e do CPF: 02756956899, residente no(a) RUA MANOEL CASSIMIRO
nº 291, bairro: TRIANGULO (SÃO JOSÉ), município: JUAZEIRO DO NORTE CE.

OUTORGADO:

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSO INFORMAR, portador(a) do RG 2001029128640, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 005.639.753-42, residente no(a) Rua Joaquim Alexandre Souza
nº 03, bairro: FREI DAMIÃO, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima LUIZ CLEMENTINO DA SILVA.
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE CE 15.03.2018

5º OFÍCIO

Luiz Clementino da Silva
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CPC
CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Cruzeiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3512-5236/ 3512-5266
Cartório Pe. Cícero - CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA - Tabelião / SONIA DE DEUS CARVALHO ROCHA / DANIELLE CARVALHO DE QUEIROZ ROCHA - Substitutos
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA. CONFERIDO (_____). DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará, 15/03/2018.
GARDENIA MARIA DE CARVALHO GOMES

CARTÓRIO PADRE CÍCERO 5º OFÍCIO - Juazeiro do Norte

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

O Transporte coberto por este conhecimento se rege pelo código Brasileiro de Aeronáutica (Lei 7.565 de 19/12/1986), especificamente pelas regras relativas a responsabilidade Civil prevista nos artigos 193, 241, 244, 262 e 264, de cujo teor o Expedidor/Remetente declara concordar e ter plena ciência. O Expedidor/Remetente aceita como corretas todas as especificações impressas, manuscritas, datilografadas ou carimbadas neste conhecimento, certificando que os artigos perigosos pela regulamentação da I.C.A.O. foram devidamente informados e acondicionados para transporte Aéreo.

EXPEDIDOR/REMETENTE	NOME	ASSINATURA
DESTINATARIO/RECEBEDOR	DATA/HORA	RG
NUMERO OPERACIONAL 90025668661	CHAVE DE ACESSO 23180409296295001808570010000961441274451872	DATA HORA DE EMISSAO 20/04/2018 08:19:52

AZUL LINHAS AEREAS BRASILEIRAS S/A

Azul Express

AV SEN CARLOS JEREISSATI AEROPORTO, 03000
SERRINHA
FORTALEZA/CE
CEP 60741900
CNPJ 09296295001808
IE 063750686
FONE 40031118

DACTE
Documento Auxiliar de Conhecimento de Transporte Eletronico

MODELO	SERIE	NUMERO	DATA E HORA DE EMISSAO	MODAL AEREO
57	1	96144	20/04/2018 08:19:52	INSC. SUFRAMA DO DESTINATARIO

CHAVE DE ACESSO
2318 0409 2962 9500 1808 5700 1000 0961 4412 7445 1872

Consulta de autenticidade no portal nacional do Ct-e, no site da Sefaz Autorizadora, ou em http://www.cte.fazenda.gov.br/portal

TIPO DO CT-E: NORMAL	TIPO DO SERVICO: NORMAL
INDICADOR DO CT-E GLOBALIZADO: [ ] SIM [X] NAO	INFORMACOES DO CT-E GLOBALIZADO
CODIGO FISCAL DE OPERACOES E PRESTACOES - NATUREZA DA OPERACAO: 6.357 - PRESTACAO DE SERVICO AEREO	PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO: 323180002237961
INICIO DA PRESTACAO: JUAZEIRO DO NORTE - CE - 2307304	TERMINO DA PRESTACAO: RIO DE JANEIRO - RJ - 3304557

REMETENTE JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
MUNICIPIO JUAZEIRO DO NORTE
CNPJ/CPF 17930679000110 IE CEP 63034005
UF CE PAIS Brasil FONE 8835720398

DESTINATARIO MBM PREVIDENCIA COMPLEMENTAR
ENDERECO R ALVARO ALVIM nº 21 compl AND 3 - CENTRO
MUNICIPIO RIO DE JANEIRO
CNPJ/CPF 92892256000411 IE ISENTO CEP 20031010
UF RJ PAIS Brasil FONE 2122230809

EXPEDIDOR
ENDERECO
MUNICIPIO
CNPJ/CPF IE CEP
UF PAIS FONE

RECEBEDOR
ENDERECO
MUNICIPIO
CNPJ/CPF IE CEP
UF PAIS FONE

TOMADOR DO SERVICO JUCILENE M. DA SILVA & CIA LTDA - ME
ENDERECO AV AILTON GOMES DE ALENCAR nº 2073 compl - PIRAJA
CNPJ/CPF 17930679000110 IE
MUNICIPIO JUAZEIRO DO NORTE
UF CE PAIS Brasil FONE 8835720398 CEP 63034005

PRODUTO PREDOMINANTE	OUTRAS CARACTERISTICAS DA CARGA	VALOR TOTAL DA CARGA
GERAL	CX DE PAPELAO	R$ 0,00

QTD CARGA	PESO BRUTO (KG)	PESO BASE CALC. (KG)	PESO AFERIDO (KG)	CUBAGEM (M3)	QUANTIDADE DE VOLUMES (UND)
	4,500	5,000	4,500		1

COMPONENTES DO VALOR DA PRESTACAO DO SERVICO

NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	NOME	VALOR	VALOR TOTAL DA PRESTACAO DO SERVICO
FRETE NACIONAL	R$ 117,29	TX CAPATAZIA	R$ 0,25	EMBALAGEM	R$ 4,20	TX EMISSAO	R$ 1,00	R$ 122,74
								VALOR A RECEBER: R$ 122,74

INFORMACOES RELATIVAS AO IMPOSTO

CLASSIFICACAO TRIBUTARIA DO SERVICO	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA DO ICMS	VALOR DO ICMS	% RED. BC. CALC.
00 - PRESTACAO SUJEITO A TRIBUTACAO NORMAL ICMS	R$ 122,74	4,00	R$ 4,91	

DOCUMENTOS ORIGINARIOS

TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/Nº. DOCUMENTO	TP DOC.	CNPJ/CPF EMITENTE	SERIE/NRO. DOCUMENTO

25 ABR 2018

PREVISAO DO FLUXO DA CARGA

SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE ORIGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE PASSAGEM	SIGLA OU CODIGO INT. DA FILIAL/PORTO/ESTACAO/AEROPORTO DE DESTINO
JDO		SDU

OBSERVACOES GERAIS

FRETE PAGO NA ORIGEM, AZUL CARGO AMANHA, ICMS OBS: CE: SEM INFO
MANUSEIO: 99-OUTRO (ESPECIFICAR NO CAMPO OBSERVACOES)

INFORMACOES ESPECIFICAS DO MODAL AEREO

NUMERO OPERACIONAL DO CONHECIMENTO AEREO	CLASSE	CODIGO DA TARIFA	VALOR DA TARIFA
90025668661	E		R$ 23,46

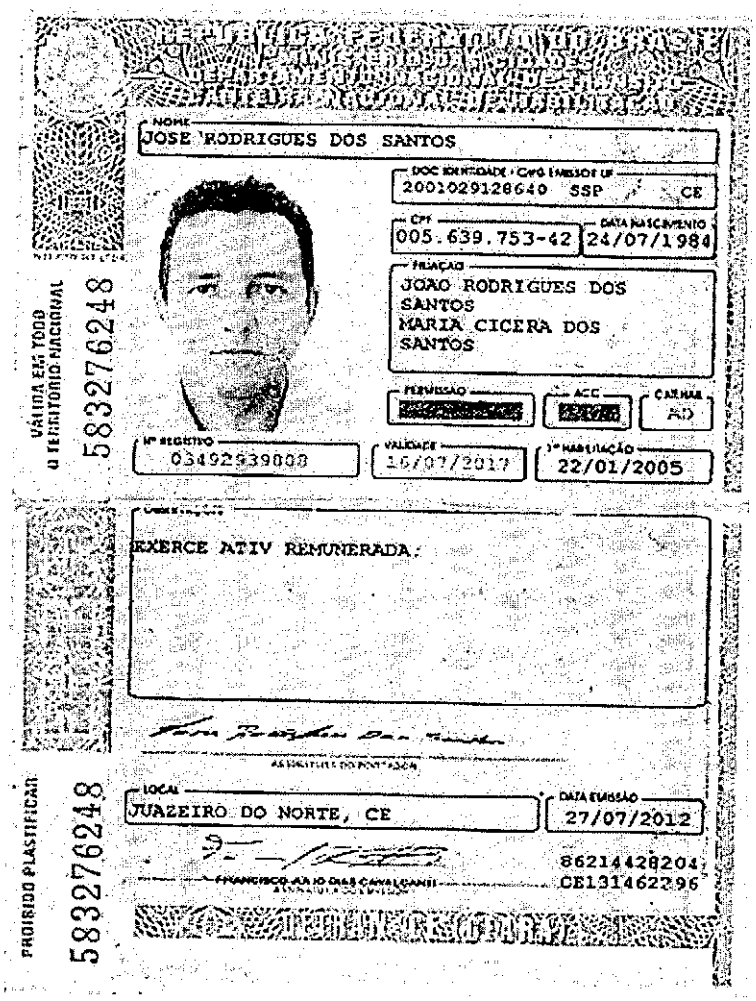
NUMERO DA MINUTA	RETIRA	DADOS RELATIVOS A RETIRADA DA CARGA
0011870018	[ ] SIM [X] NAO	

CARACTERISTICA ADICIONAL DO SERVICO	DATA PREVISTA DA ENTREGA	NATUREZA DA CARGA: DIMENSAO	INFORMACOES DE MANUSEIO
	25/04/2018	21,5X31,5X9	99

USO EXCLUSIVO DO EMISSOR DO CT-E	RESERVADO AO FISCO

AZUL CARGO - 20/04/2018 08:20:19

WEBCARGO CNPJ: 06647591/0001-70



NOME
JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

DOC IDENTIDADE / CATEG. EMISSOR UF
2001029128640 SSP CE

CPF
005.639.753-42

DATA NASCIMENTO
24/07/1984

FILIAÇÃO
JOAO RODRIGUES DOS SANTOS
MARIA CICERA DOS SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
03492939008

VALIDADE
16/07/2017

1ª HABILITAÇÃO
22/01/2005

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
27/07/2012

FRANCISCO ALAIO DIAS CAVALCANTI

86214428204
CE131462296

DETRAN CE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

583276248

PROIBIDO PLASTIFICAR

583276248

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.639.753-42**

Nome: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **24/07/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:27:43** do dia **16/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F7DB.686D.BCC8.AD9D**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MBM
SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
027.569.568-99

Nome
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

Nascimento
24/08/1951

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017208523 - B
DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2017

NOME
LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ CLEMENTINO DA SILVA
QUITERIA VIEIRA DA SILVA

NATURALIDADE
GRANJEIRO - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1951

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:992 FOLHA:087 LIVRO:B-20
CARIRIAÇU - CE
CPF 027.569.568-99

1 VIA
ASSINATURA DO DIRETOR
P.: 199

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MBM
SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **027.569.568-99**

Nome: **LUIZ CLEMENTINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **24/08/1951**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:27:03** do dia **16/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **1FC3.159A.00B0.F915**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MBM
SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 16/07/2017 16:02
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Tel.:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** AMANDA SOUZA DE ALMEIDA **Horário** 16/07/2017 16:07
Queixa:
história de atropelamento por veículo, queixando-se de dor em mse, mie e epistaxe

luxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ **CRM:** 6 **Nº:** 382830 **Horário** 16/07/2017 16:16
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E DOR NA COXA ESQUERDA. TRAUMA NO NARIZ SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente
RX BRACO E AP/P (0204040051)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente

MGM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 16/07/17 16:20

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 01AMP+S.F. 100ML EV 35 GOTAS/MIN	18
S.F. 1500ML EV 35GOTAS/MIN	19 ~~20~~ ~~21~~

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

_____

HOSPITAL REG... AUTÊN... AC ORIGI... ASS: ...ISCH... DO CEARÁ

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Prontuário:** 149403 **Admissão:** 16/07/2017
Data Nasc.: 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA **Telefone:**
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO **Bairro:** TRIANGULO **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
RX SEM ALTS OSSEAS AGUDAS CD - AINES - IMOBILIZAÇAO -ACOMP AMBULATORIAL	MARCELO NOGUEIRA LIMA	16/07/2017 22:58

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.763 RMR 23.779

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
AUTENTICO

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 21/07/2017 15:34
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 11 mes(es) e 1 dia(s) **Tel.:** 88 88798014
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** ATAYANE GOMES FERREIRA **Horário** 21/07/2017 15:40
Queixa: DOR TORACICA À ESQUERDA HÁ 4 DIAS COM PIORA PROGRESSIVA APÓS ACIDENTE DE TRANSITO + DOR EM MIE E REFERE EPISTAXE AO ESFORÇO.
Fluxograma: DOR TORÁCICA
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** 6 **Pulso/FC:** 89

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUCILDO LEITE DOS SANTOS **CRM:** 3298 **Nº:** 383485 **Horário** 21/07/2017 16:27
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DO CORPO, NAO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
Comorbidade: ndn
HDA/Exame Físico:
POLI TRAUMA COM LESÃO DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS

ALTA

Data: 21/07/2017 22:00

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/07/201 15:40	DOR TORÁCICA	DOR MODERADA	AMARELO	ATAYANE GOMES FERREIRA

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DRVAT/RJ

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS E AP/OBLIQUO (0204030072)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado
RX TORAX PA (0204030170)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado
RX BACIA AP (0204060095)	21/07/2017 16:36	Sim	Realizado

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Dr. Fernando Neves Ferreira da Luz
Médico - Cirurgião
CRM: 4366 - CRM: 7612
CPF: 217.144.874-15

Dr. Fernando Neves Ferreira da Luz
Médico - Cirurgião
CRM: 4366 - CRM: 7612
CPF: 217.144.874-15

Alta de conveniência

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

2ª Via

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição: 0022049274

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA

End. Leitura: RU MANOEL CASSIMIRO, 291, SAO JOSE

Cidade: JUAZEIRO — CEP: 63.180-000

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 021 | Setor: 003 | Subsetor: | Quadra: 0045 | Subquadra: | Lote: 0038 | Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semental (m³)
AGUA	A15F153183	382	393	11	13

DATAS

Leitura Atual: 10/03/2018 | Emissão: 14/03/2018 | Lacre Água: 2259680

Leitura Anterior: 09/02/2018 | Próxima Leitura: 10/04/2018 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	145	145	145	145	145
Em conformidade	142	123	127	137	145

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	28,56
ESGOTO	10,73

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
03/2018	03/04/2018	39,29

Pontos de Atendimento: Bancos credenciados, Lotéricas, Correios do Brasil, Caixa Econômica Federal, Sanacred, Internet, Outros. Saiba mais: A Cagece disponibiliza o serviço de pagamento de contas por Débito Automático, Consulte-nos!

Central de Atendimento 0800 275 0195

155 Ouvidoria do Estado — Controle de Atendimento

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades — Fatura Mensal — Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0022049274 | Código de Responsável: | Mês/Ano: 03/2018

Local: 021 | Setor: 3 | Subsetor: | Quadra: 0045 | Subquadra: | Lote: 0038 | Comp: 0000

Cidade: JUAZEIRO | Vencimento: 03/04/2018 | Total (R$): 39,29

82660000000-2 39290009100-1 02204927401-6 01000131025-8

EMISSÃO :: UN - GEREM CILI 14/03/2018 15:13:02

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

022076352

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

End. Leitura: RU JOAQUIM ALEXANDRE SOUZA, 3, FREI DAMIAO

Cidade: JUAZEIRO — CEP: 63100 000

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 021 Setor: 001 Quadra: 0211 Lote: 0112 Compl: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Piscina: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Consumo (m³)
AGUA	A10F134527	169	172	3	1

DATAS

Leitura Atual: 09/11/2017 — Entrega: 08/11/2017 — Leitura Agua:

Leitura Anterior: 07/10/2017 — Próxima Leitura: 07/12/2017 — Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactéria (Cl)
Exigidas	141	141	022	141	141
Analisadas	152	152	152	152	152
Em conformidade	149	126	141	146	152

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	23,10

HISTÓRICO DA VOLUME

Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
OUT/17	3	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0,22
COFINS	1,10

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R$)
VALOR DO SERVICO	38,70
VALOR DO SUBSIDIO	15,60
VALOR TOTAL A PAGAR	23,10

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
11/2017	04/12/2017	23,10

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 357015053703671 L: 0426 H: 11:28:38 R: 058 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros. Para a Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: **ARCE** – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Consumidor cidadão! É seu. É fácil. Participe.

155 Disque Ceará

Cagece — Governo do Estado do Ceará — Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE — 357015053703671 - 0426

Inscrição: 022076352 — Código do Responsável: — Mês/Ano: 11/2017

Local: 021 Setor: 001 Quadra: 0211 Lote: 0112 Compl: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO — Vencimento: 04/12/2017 — Total (R$): 23,10

82610000000 7 23100009200 8 02207635201 6 02000222015 8

MBM SEGURADORA

10 MAI 2018

DPVAT/RJ

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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[1] 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[2]**.

[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 Jose Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF 005.639.753 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIZ CLEMENTINO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.563.568 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUIZ CLEMENTINO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.563.568 / 99, 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		Número	Complemento
Rua Joaquim Alexandre Souza		03	
Bairro: Frei Damião	Cidade: Juazeiro do Norte	Estado: Ce	CEP: 63.043-610
Email: juseg@jusegreguladora.com.br	Telefone comercial(DDD): (88)3572-0398	Telefone celular (DDD): (88) 9 9779-2255	

J.do Norte-Ce 16 de MARÇO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

DLDRL.001 V001/2017

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Admissão:** 16/07/2017 16:02
Pront.: 149403 **Data Nasc.:** 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Tel.:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Municipio:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 **Bairro:** TRIANGULO
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador** AMANDA SOUZA DE ALMEIDA **Horário** 16/07/2017 16:07
Queixa:
história de atropelamento por veículo, queixando-se de dor em mse, mie e epistaxe
luxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ **CRM:** 6 **Nº:** 382830 **Horário** 16/07/2017 16:16
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO E DOR NA COXA ESQUERDA. TRAUMA NO NARIZ SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente
RX BRACO E AP/P (0204040051)	16/07/2017 16:20	Sim	Pendente

MBM SEGURADORA
10 MAI 2018
DPVAT/RJ

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 16/07/17 16:20

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 01AMP+S.F. 100ML EV 35 GOTAS/MIN	18
S.F. 1500ML EV 35GOTAS/MIN	19 20 21

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

VERSO

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUIZ CLEMENTINO DA SILVA **Prontuário:** 149403 **Admissão:** 16/07/2017
Data Nasc.: 24/08/1951 **Idade:** 65 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: QUITERIA VIEIRA DA SILVA **Telefone:**
Endereço: RUA MANOEL CASEMIRO **Bairro:** TRIANGULO **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
RX SEM ALTS OSSEAS AGUDAS CD - AINES - IMOBILIZAÇAO -ACOMP AMBULATORIAL	MARCELO NOGUEIRA LIMA	16/07/2017 22:58

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.783 / RQE 12.179

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
AUTENTICO