



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.20.00167045-0** em **13/07/2020 11:03:47**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0050452-55.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00167045-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 13/07/2020 11:03:47

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2732557_CONTESTACAO_03 - 1-8.pdf
Documentação : 2732557_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-15.pdf
Documentação : 2732557_CONTESTACAO_Anexo_02 - 16-29.pdf
Documentação : 2732557_CONTESTACAO_Anexo_02 - 30-31.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLÉ/CE

PROCESSO: 00504525520208060168

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLENIA MARIA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **31/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/02/2018**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 6 de julho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLENIA MARIA DE LIMA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONÓPOLE**, nos autos do Processo nº 00504525520208060168.

Rio de Janeiro, 6 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: CLENIA MARIA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180155806

Vitima: CLENIA MARIA DE LIMA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180155806**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12626681



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: CLENIA MARIA DE LIMA
Nº Sinistro: 3180155806
Vitima: CLENIA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180155806**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12682173



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: CLENIA MARIA DE LIMA

Sinistro: 3180155806

Vítima: CLENIA MARIA DE LIMA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180155806** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13048687

A/C: CLENIA MARIA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180155806
Vítima: CLENIA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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: CLENIA MARIA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010023397-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180155806**
Nome do(a) Examinado(a): **CLENIA MARIA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST PELO SINAL nº 16 - MACHADO - DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 197781190 - SSP**
Data e local do acidente: **31/01/2018 DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
Data e local do exame: **28/05/2018 JAGUARIBE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO.

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

PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO, SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E COLOCAÇÃO DE APARELHO GESSADO TIPO LUVA POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA.

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

APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO PUNHO ESQUERDO. PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO OS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MESMO. PRESENÇA DE DESVIO RADIAL NO PUNHO ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE PUNHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:3216/CE


Dr. Jose Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10835

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

524.828.203-91

Nome completo da vítima

Elenia Maria de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elenia Maria de Lima		CPF titular da conta 524.828.203-91	Profissão Agricultora
Endereço Sitio Belo Sinal		Número 16	Complemento Zona rural
Bairro Zona rural	Cidade Dep. Frap. pinheiro	Estado ceara	CEP 63.645,000
Email			Telefone (DDD) (85) 999890779

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRD. 1150		D/V 9		CONTA NRD. 23.397		D/V 8	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRD.				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRD.			
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

BRASIL CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

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.

Dep. Frap. pinheiro 28 de março de 2018
Local e Data

Elenia Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 171 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 08:38:33**
Data / Hora da Ocorrência: **31/01/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PELO SINAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**
Nascimento: **08/08/1974** CPF: **524.828.203-91**
RG: **197781190** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**
ANTONIO ALDACI DE LIMA
Endereço: **SITIO PELO SINAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
País: **BRASIL**

DOCUMENTO ORIGINAL
CEP: _____
TELEFONE: _____
08 ABR. 2018

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MCQ2379** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2KC08507R012568** Renavam: **900863080** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a noticiante para informar acidente de trânsito para fins de receber seguro DPVAT; advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, afirma que estava conduzindo o veículo acima descrito quando, repentinamente tentou desviar de um buraco, todavia não conseguiu e a moto caiu sobre seu braço. Depois de uns 10 (dez) minutos seu vizinho apareceu e tirou a moto; que foi levada para o Hospital Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro; Que, no dia seguinte, foi encaminhada para o Hospital Regional de Iguatu, conforme documentação comprobatória apresentada; Que apresenta como testemunhas, a senhora Solangia Maria de Lima Alves e o Senhor José Amilton de Oliveira. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 171 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elina Maria Lilianna

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018
ASS: _____

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Elvino Maria de Lima

CPF da Vítima

524.828.203-91

Data do Acidente

31/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o devido 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.

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
06 ABR. 2018
ASS:

Dep. Seguros R. 28 de março de 2018
Local e Data

Elvino Maria de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Dep.
Irapuan Pinheiro - Ceará
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. 1 1

CLENIA MARIA DE LIMA

U.S:

D.N. 08/08/74

Unidade de Emergência	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nas.
HMSB	42	P	F	CASADA	SOLOMONOPOLIS	B

Residência	Telefone
ST. PELO SINAL	

Nome	Telefone

Residência	Telefone

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
☐ Andamento	☐ Regular		31/01/18	07:51
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso			
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia	Local		

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Agudização da dor + colúmbia em 12/1/18

UBIA CORRETORA DE SEGS. LTDA.
06 ABR. 2018

DADOS CLÍNICOS				DIAGNOSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MAX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL	
120	70				

TRATAMENTO:		
1. Irapuan		
2. Antônio F. A. M.		

DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares
☐ Residência	☐ Internado	RX pulso e
☐ Em Observação	☐ Transferido	
☐ Encaminhamento ao Ambulatório		Diagnóstico Definitivo
☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.		
☐ Óbito sem Responsável		Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLENIA MARIA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000010023397-X

Nr. da Autenticação F7F14006F8D6750E

Nº DO CLIENTE

8624079-0

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

502362797

Rota 37 14074 05 122200 - 5

Data de Emissão 24/11/2017

Nome FRANCISCO VALDECI DA COSTA

End. Postal ST PELO SINAL 00016

MACHADO - DEP. IRAP. PINHEIRO - 63620000

Medidor 9061778

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 042108878-89

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EF02.4E2F.DA12.8465.5284.1577.8074.7E76

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10175	9934	1.00	241	0.00	241	11,75	28,21
24/11/17	25/10/17	30 Dias			241		94,61

VALOR CONSUMO DO MES
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,75)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta

Mês

Set/2017

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00

10201

VENCIMENTO

02/01/2018

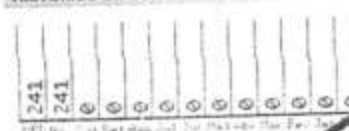
TOTAL A PAGAR (R\$)

94,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	45,20
Transmissão	4,52
Distribuição	20,77
Encargos Setoriais	10,95
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,37
TOTAL	84,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

100 16

0,00

8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 27,64. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2017	27,64

Consta desta fatura R\$ 3,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,93%
CNPJ: 07047251/0001-70 - INSC. EST. 10.627.02 e 10.628.03

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

ASS:

Nº DO CLIENTE

8624079-0

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

502362797

Rota 37 14074 05 122200 - 5

Data de Emissão 24/11/2017

Nome FRANCISCO VALDECI DA COSTA

End. Postal ST PELO SINAL 00016

MACHADO - DEP. IRAP. PINHEIRO - 63620000

Medidor 9061778

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 042108878-89

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EF02.4E2F.DA12.8465.5284.1577.8074.7E76

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10175	9934	1.00	241	0.00	241	11,75	28,21
24/11/17	25/10/17	30 Dias			241		94,61

VALOR CONSUMO DO MES
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,75)

10201

VENCIMENTO

02/01/2018

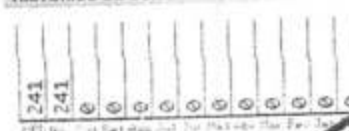
TOTAL A PAGAR (R\$)

94,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	45,22
Transmissão	4,53
Distribuição	20,77
Encargos Setoriais	10,05
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	3,37
TOTAL	84,61

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg CO ₂	Consciência Ecológica (kg CO ₂)
Emitido kg CO ₂	0,00	8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 27,64. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2017	27,64

Consta desta fatura R\$ 3,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,93%

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

ASS:

3180 155806

0121439/18



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 516920247

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

4664469

DV 5

VENCIMENTO

12/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,62

End. da Unidade Consumidora ST ALTO VERDE MILHA 63635000

RG / CPF / CNPJ 875.474.573-04

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 5602 5553 1 49 0 49

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

13/03/2018

12/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

40F1.60A1.2191.FACD.9AEE.E3C6.9907.4AF4

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

0,67

28,95

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

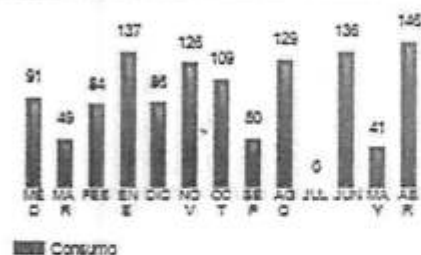
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,58

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4664469-5

N° da Nota Fiscal: 516920247

Total a Pagar (R\$): 46,62

Data de Emissão:

16/03/2018

Referência: MAR/2018

N° de Controle: 0004664469 00076 4381 2 38

83830000000-4 46620031000-1 00046644690-0 00764381207-2



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

11 ABR. 2018

ASS:

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

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

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

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

Pelo exposto, eu João Paulo Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.474.573 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clônia Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203, 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Clônia Maria de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203, 91, 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, reside 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 <u>Sítio Alto Verde</u>		Número <u>514</u>	Ass. complemento <u>zona rural</u>
Bairro <u>zona rural</u>	Cidade <u>milhã</u>	Estado <u>ceará</u>	CEP <u>63.635.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(85) 99989-0779</u>

Dep. Flávia Pinheiro, 28 de março de 2018
Local e Data

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

João Paulo Pinheiro
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Atauldo de Oliveira,
 RG nº 34479052000, data de expedição 04/08/05,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001.814.243-55, com
 domicílio na cidade de Solomonopole, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio pelo sinal, nº 10,
 complemento 2. Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Elonir Maria de Lima, cujo o condutor era
Elonir Maria de Lima.

Veículo: motorikter
 Modelo: Honda/CG 150 Titan/ES
 Ano: 2006/2007
 Placa: MCQ2379/CE
 Chassi: 9C2KC08507A012568
 Data do Acidente: 31/01/2018
 Local e Data: Distrito Industrial Pindamon - CE 20/03/18

Francisco Atauldo de Oliveira
 Assinatura do Declarante



Elonir Maria de Lima

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 06 ABR. 2018



CARTÓRIO DE OFÍCIO NOTAS E REGISTROS COMARCA DE DEPT. IMPUN. PINDAMON Rua Raquel Magalhães, 07 - Centro Dep. Iniquem Pindamon/CE	Reconheço por autenticidade (X) semelhança () as assinaturas de <u>Francisco</u> <u>Atauldo de</u> <u>Oliveira</u> <u>Maria de Lima</u> Dou N. Dep. Iniquem Pindamon/CE, <u>20/03/18</u>
	() Antonio Erinei Dantas Pinheiro - Titular Interina () Antônia Iraci Gonçalves dos Santos - Esc. Substituto VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

OCORRÊNCIA N°

05



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Dep.
Irapuan Pinheiro - Ceará
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. 111

CLENIA MARIA DE LIMA

U.S:

D.N. 08/08/74

Unidade de Emergência	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nas.
HMSB	42	P	F	CASADA	SOLOMONOPOLIS	B

Residência

ST. PELO SINAL

Telefone

Nome

Telefone

Residência

O paciente chegou ao hospital

☐ Andamento	☐ Regular
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal
☐ Ambulância	☐ Comatoso
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia

Atendimento

Data

Hora

31/01/18

07:51

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Acidente motorista (carro) com
dor intensa + colheita em punho

DADOS CLÍNICOS

DIAGNOSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	
MÁX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL
100	70			

TRATAMENTO:

1. Ipratium
2. Albuterol 1FA, 1M



Cartão de Autenticidade
A presente cópia confere com o original.
Doutor: 05 de 02 de 18
Dep. Irupuan Pinheiro - Ce
Em testemunho da verdade,
☐ Antonia Eliene Dantas Pinheiro
Título Interina
☒ Antonia Kátia Gonçalves da Silva
Escritor Substituta

LIBIA-CORRETORA DE SEC. LTDA
06 ABR. 2018

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Residência	☐ Internado
☐ Em Observação	☐ Transferido
☐ Encaminhamento ao Ambulatório	
☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.	
☐ Óbito sem Responsável	

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável



Irapuan Pinheiro

Secretaria Municipal da Saúde de
Dep. Irupuan Pinheiro2. Ao terminar a consulta ou treinamento,
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via à unidade de
Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 189 Micro região: IGUATH Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRONome: CLEIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SÍTIO PELO SINAL Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente com história de fratura em
punho Esquerda Encaminhamento

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho E (SSE)

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Dra. Lara Soares Duarte
Médica
11.134

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐Hospitalar ☒Auxílio Diagnóstico ☐Procedimento: Acompanhamento Profissional: ortopedista

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Função

Data

Hora

RECEIVED
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C. 20250

OFFICE OF THE SECRETARY
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C. 20250

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C. 20250

GENERAL INFORMATION	
NAME OF APPLICANT	DATE OF APPLICATION
ADDRESS	STATE
CITY	COUNTY
ZIP CODE	TELEPHONE
PURPOSE OF APPLICATION	
1. TO OBTAIN A LOAN	
2. TO OBTAIN A GRANT	
3. TO OBTAIN A GUARANTEE	
4. TO OBTAIN A SUBSIDY	
5. TO OBTAIN A FAVORABLE RATES	
6. TO OBTAIN A FAVORABLE TERMS	
7. TO OBTAIN A FAVORABLE CONDITIONS	
8. TO OBTAIN A FAVORABLE INTEREST RATES	
9. TO OBTAIN A FAVORABLE REPAYMENT PERIOD	
10. TO OBTAIN A FAVORABLE COLLATERAL REQUIREMENTS	
11. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT RATING	
12. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT HISTORY	
13. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT RECORD	
14. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT REPORT	
15. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT REVIEW	
16. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ANALYSIS	
17. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ASSESSMENT	
18. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EVALUATION	
19. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EXAMINATION	
20. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT INSPECTION	
21. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SURVEILLANCE	
22. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT MONITORING	
23. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CONTROL	
24. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT REGULATION	
25. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT LEGISLATION	
26. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT POLICY	
27. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT STRATEGY	
28. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT TACTICS	
29. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT OPERATIONS	
30. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT MANAGEMENT	
31. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ADMINISTRATION	
32. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ORGANIZATION	
33. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT STRUCTURE	
34. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FRAMEWORK	
35. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ENVIRONMENT	
36. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CULTURE	
37. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CLIMATE	
38. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SCENARIO	
39. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PROJECTION	
40. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FORECAST	
41. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT TRENDS	
42. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PATTERNS	
43. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT BEHAVIOR	
44. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ATTITUDE	
45. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT BELIEF	
46. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT OPINION	
47. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT VIEW	
48. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT JUDGMENT	
49. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CONCLUSION	
50. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT RECOMMENDATION	
51. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SUGGESTION	
52. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ADVICE	
53. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT GUIDANCE	
54. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT INSTRUCTION	
55. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT DIRECTION	
56. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT MOTIVATION	
57. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT INSPIRATION	
58. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ENTHUSIASM	
59. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PASSION	
60. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT COMMITMENT	
61. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT DEDICATION	
62. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT DEVOTION	
63. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FIDELITY	
64. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ALLEGIANCE	
65. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT LOYALTY	
66. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FAITHFULNESS	
67. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT RELIABILITY	
68. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT TRUSTWORTHINESS	
69. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT INTEGRITY	
70. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT HONESTY	
71. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SINCERITY	
72. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT GENUINENESS	
73. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT AUTHENTICITY	
74. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT REALITY	
75. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT VERACITY	
76. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT TRUTHFULNESS	
77. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ACCURACY	
78. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PRECISION	
79. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EXACTNESS	
80. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CORRECTNESS	
81. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PROPERNESS	
82. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT APPROPRIATENESS	
83. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SUITABILITY	
84. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FITNESS	
85. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT CAPABILITY	
86. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ABILITY	
87. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT POWER	
88. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT FORCE	
89. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT STRENGTH	
90. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT POWERFULNESS	
91. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EFFECTIVENESS	
92. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EFFICIENCY	
93. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PRODUCTIVITY	
94. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PROFITABILITY	
95. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT GAINFULNESS	
96. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT BENEFIT	
97. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT ADVANTAGE	
98. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT SUPERIORITY	
99. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT EXCELLENCE	
100. TO OBTAIN A FAVORABLE CREDIT PERFECTION	

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Secretaria Municipal da Saúde de

Dep. Irapuan Pinheiro



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

FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
 CRES: 188 Micro região IGUATH Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: CLELIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº _____
 Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
 Endereço: STIO PELO SINAL Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente com história de fratura em punho E.O. direita encaminhamento.
 Resultado de Exames: _____

Condução já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho E (SSE)
médica 05.02.18
 Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Função: _____ Data: _____ Hora: _____
CREMESP 17.134

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: Acompanhamento Profissional: ortopedista
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Condução Realizada:

Proposta de Condução para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

LIBIA CORRÊA DE SÉ. LTDA
06 ABR. 2018
 ASS: _____

DE IGUATU
Dr. Manoel Batista de Oliveira

Nome: Clarice M. de Lima

Código Paciente: 012094

Rua Edílson de Melo Távora, S/N - Esplanada
Fone: (88) 3581-1250

LIBRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

255

[illegible][illegible]



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Dep
Irapuan Pinheiro - Ceará
Adm.: A Força Que Vem do Povo
Secretaria Municipal de Saúde

Nome:

Denia Maria de Lima

Solteiro

Radiografia
punho E eletiva!

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

ASS:

Dra. Lara Soares Duarte
Médica
CREME 17.134

Assinatura e Carimbo

Data: 09/04/18



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Secretaria Municipal da Saúde de

Dep. Irapuan Pinheiro



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

FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 189 Micro região: IGUATÁ Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: CELENIA MARIA DE LIMA Prontuário N° _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SÍTIO PELO SINAL Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente com história de fratura em punho Esquerda encaminhamento
Resultado de Exames: _____
Conduta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho (ESQ)
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Médica 134 Função: médica Data: 25.02.18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: acompanhamento Profissional: ortopedista
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018

ASS: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Pref. Municipal de Dep. Irapuan Pinheiro
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO



Para o Sr (a):

Deivid morais de Lha

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima identificado
submeteu-se a consulta médica nesta data,
necessitando ausentar-se de suas atividades por: 30
dias dia (s).

Dep. Irapuan Pinheiro, 31 de junho de 20 18.

[Assinatura]
Fcm Reg. 0000000000
CREMEX 16352
Médico (a)

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018
ASS: _____

Hospital Municipal São Bernardo de Dep. Irapuan Pinheiro
Rua Candido Borges, s/n - Centro - Dep. Irapuan Pinheiro Tel- (88) 3569-
1259/1140.

site: www.irapuanpinheiro.ce.gov.br

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praca da Juventude SM Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Cleusa Maria de Lima

Leito para os membros para, junto ao DPJAT que a
paciente acionou durante por volume de acidente
de motocicleta com trauma que membro superior
esquerdo com lesão local que foi submetida
a tratamento clínico com uso de curativos de
gelo gelado pelo período de 48 horas e
uso de AINES; Recebendo Alto Deferimento mesmo
após alto apurado como um sequela funcional
do membro.

(11) 562-8

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTJ
21 MAIO 2018

Senador Pompeu 18/05/18

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CRM 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

EST. CANTILE O DOCUMENTO COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE OUTROS SORTEADOS NOS CASOS LEGISLADAMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PRODUZIR A UNIDADE LOCAL DO INVIATAMENTO DA RECEITA FEDERAL.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

33090/1535

08/07/1994

ABF - SENADOR POMPEU

COPIADO DO CADASTRO EMITIDO

MINIST. INTERIORE E ASS. GERAL DO EMPREGADO RESIDUÁRIO, PARA EMISSÃO

APROVADO POR ANEXO 10 DO REGISTRO DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
PATRIMÔNIO E FINANCIAMENTO

CIC

524828203 91

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

VITIMA

REGISTRO GERAL 1977811/90

DATA DE EMISSÃO 02.08.90

NOME CLÊNIA MARIA DE LIMA

FILIAÇÃO Antonio Aldaci de Lima

Maria Alves de Oliveira

Solomonopole CE.

08.08.1974

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. nº 137.1v.4-02.fls. 355

Cart. de Milha CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

08 ABR. 2018

BRASIL CORRETORA DE SEG. LTDA.

2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

11-1

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

CARTeira DE IDENTIDADE

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **524.828.203-91**Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**Data Nascimento: **08/08/1974**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/12/1992**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:44:17** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **506E.6619.16AF.718F**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
06 ABR. 2018
ASS: _____

56925402
56817608

LIBRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869027400
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - Cód. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PFT 01 00900863080 0000000000 2017

NOME
FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

SOLONOPOLÉ /CE

CPF / CNPJ - PLACA
00181424355 - MCQ2379/CE

PLACA ANT. / UF - CHASSI
/SC - 9C2KC08507R012568

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES 2006 2007

CAP. / POT. / CIL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P/14CV/149CC PARTIC PRATA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
I P V A ***** ** **/**/** 1* *****
FAIXA I.P.V.A. - PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
***** ** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
SOLONOPOLÉ 01/12/2017

Igor Panto
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013869027400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2017 01/12/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
01 00181424355 - MCQ2379

RENAVAM - MARCA / MODELO
00900863080 HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB. - DATA - Nº CHASSI
2006 09 9C2KC08507R012568

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO PEO SEGURO (R\$)
4,19 0,7 185,5

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/11/2017

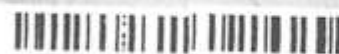
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTD.

MOTOR: KC08E57012568

03150



013869027400
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

ASSINATURA



03150
MCQ2379

Cód. RENAVAM

00900863080
160879 03299

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180155806 **Cidade:** Deputado Irapuan Pinheiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLENIA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO, SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E COLOCAÇÃO DE APARELHO GESSADO TIPO LUVA POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA.
APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO PUNHO ESQUERDO. PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO OS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MESMO. PRESENÇA DE DESVIO RADIAL NO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Cleonor Maria de Lima
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 1927811/90 CPF: 524.828.203-91
 Endereço: Sítio pelo Sinal
 Bairro: Zona rural
 Cidade: Dep. Irapuém pinheiro CEP: 63.645,000

OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhã-Ceará. CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato da qual figura como vítima.

ASS: _____ de 2018.

[illegible]

Sen Pompeu CE 12 de Mayo

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)