

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIA PEREIRA GOMES

**Nº Sinistro:** 3180290982

**Vitima:** ANTONIA PEREIRA GOMES

**Data do Acidente:** 14/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180290982**.

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**



---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

**Sinistro:** **3180290982**

**Vítima:** **ANTONIA PEREIRA GOMES**

**Data do Acidente:** **14/04/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180290982** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**  
  
Nº Sinistro: **3180344064**  
Vitima: **ANTONIA PEREIRA GOMES**  
Data do Acidente: **14/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180344064**.

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**

---

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA PEREIRA GOMES**

**Sinistro:** **3180344064**

**Vítima:** **ANTONIA PEREIRA GOMES**

**Data do Acidente:** **14/04/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180344064** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 10 de Agosto de 2018

Carta n°: 13219337

A/C: ANTONIA PEREIRA GOMES

**Nº Sinistro:** 3180344064  
**Vitima:** ANTONIA PEREIRA GOMES  
**Data do Acidente:** 14/04/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

**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: ANTONIA PEREIRA GOMES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003812**

**Conta: 0000020280-1**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

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

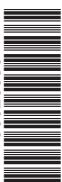
**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

841.571.193-04

Nome completo da vítima

Antônia Pereira Gomes

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

Nome completo	Antônia Pereira Gomes	CPF titular da conta	841.571.193-04	Profissão	Func. Pública
Endereço	Cida São João Bairros	Número	66	Complemento	-
Bairro	Barreiro	Cidade	Itapagé	Estado	CEP
Email				Telefone (DDD)	(16) 9998910459

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

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

AGÊNCIA N.R.:  DIV:   
(Informar dígito se existir)

CONTA N.R.:  DIV:   
(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	N.R.
Caixa Econômica		304
AGÊNCIA N.R.	D/V	D/V
3832	<input type="text"/>	<input type="text"/> I
(Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Itapagé, 19 de fevereiro de 2018

Local e Data

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

Antônia Pereira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

155

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites

PREENCHIMENTO

CONFIRMAÇÃO

COMPROVANTE

**Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica  
de sua conta,  
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.**

Conta origem:

Conta destino: 3812 / 001 / 00020280-1

Agência destino: ITAPAJE

Nome destinatário: ANTONIA PEREIRA GOMES

Valor:

Digite sua assinatura eletrônica para efetuar a operação.

RETORNAR

3 4 0 6 8 5 2 9 7 1

CONFIRMAR

IBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 465 - 589 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 09/05/2018 09:53:21  
Data / Hora da Ocorrência: 14/04/2018 16:30:00  
Endereço da Ocorrência: RODOVIA BR-222  
Complemento:  
Bairro:  
Município: ITAPAJÉ/CE  
Ponto de Referência: ALTO DO SÃO CRISTOVÃO

Noticiante(s)

Nome: ANTONIA PEREIRA GOMES  
Nascimento: 27/06/1959 CPF:  
RG: 2005005116092 Orgão Emissor: SSP UF:  
Filiação: MARIA GESSINA SOUSA PEREIRA  
JOSE RODRIGUES PEREIRA  
Endereço: RUA VILA JOAO BATISTA, 66  
Bairro: BARATEIRO CEP:  
Município: ITAPAJÉ/CE  
País: BRASIL Telefone: (85) 99411-5460

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCM1879 Uf: CE Município: ITAPAJÉ Chassi:  
9C2HB0210CR011683 Renavam: 407911880 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/POP100 Ano Fabricação: 2011  
Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário:  
ANTONIA PEREIRA GOMES Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento:  
NORMAL

Histórico

NARRA A NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS A CIMA  
MENTIONADOS, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA  
QUALIFICADA, A QUAL ERA CONDUZIDA PELA LARISSA PEREIRA RODRIGUES  
FONTELLES, QUANDO AO DESVIAR DE UM VEÍCULO QUE VINHA EM DIREÇÃO  
CONTRARIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO  
SOLO; QUE A CONDUTORA DA MOTOCICLETA CONDUZIU A NOTICIANTE  
PARA O HOSPITAL LOCAL "FUSEC", E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA  
HOSPITAL ABELARDO GADELHA, EM CAUCAIA; QUE A NOTICIANTE SOFRU  
FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E VARIAS E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

METUSALEM ROCHA BRANDÃO - MAT.: 133963-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Antonia Pereira Gomes*

VISTO DO DELEGADO/TAT:

ANDRÉ CICERO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117611

*Larissa Pereira Rodrigues Fontelles.*

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

Pág. 1 de 1

MAIOR CORRETORA DE SEGUROS

25 JUN. 2018

25/06

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

*Antônio Pereira Gomes*

CPF da Vítima

*321.571.1930-1*

Data do Acidente

*14.04.2018*

**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 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 Lider 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.

*Itapajé, 19 de junho de 2018*

Local e Data

**LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**

*25 JUN. 2018*

*Antônio Pereira gomes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DIA / MÊS / ANO

REG

121

--	--	--	--	--	--	--

NOME DO PACIENTE

IDADE

59

SEXO

F

DATA DE NASCIMENTO

270659

Antônio Ferreira Gomes

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

maria Gessina Souza Perinha

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

Rua São Batista 70

Baratulho

Laranjeiras

## ANAMNESE DE ENFERMAGEM

## DADOS CLÍNICOS

PESO: \_\_\_ KG TEMPERATURA: \_\_\_ °C PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_ mmHg GLICEMIA: \_\_\_ mg/dl

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>	DESTINO	<input type="checkbox"/>
RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>
LEITO OBSER.	<input type="checkbox"/>	RECUSOU INTER.	<input type="checkbox"/>
		REFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>

Yan Yan

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Cód. do procedimento	<input type="checkbox"/>						
CRM/MEC 18.177	<input type="checkbox"/>						
Médico	<input type="checkbox"/>						
De enfermagem	<input type="checkbox"/>						

ASSINATURA DO MÉDICO  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA PEREIRA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03812

CONTA: 000000020280-1

---

Nr. da Autenticação CE304EB6BC7A89E2

<b>SAAE</b>		SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE ITAPAJÉ RUA DOM AURELIANO MATOS, 1019 - CENTRO - ITAPAJÉ/CE CEP: 62.600-000 CNPJ: 07.544.786/0001-57 FONE/FAX: (071) 3346-0188 / 3346-1161 / 3346-1255 SIT: WWW.SAAEITAPAJE.COM.BR					
Descrição <b>0005058.4</b>		CLASSE	TARIFA	RES	ECONOMIAS	MÉS/FAT	<b>03/2018</b>
HIDROMETRO 27/02/18		PAR	R-1	01	COM IND PÚBLICUT		
INSTALAÇÃO 01707796				LOCALIZAÇÃO	00.00.04.0000015420	FATURA	160022623
<b>IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR</b>							
ANTONIA PEREIRA GOMES VILA JOAO BATISTA, 66 , BARATEIRO CEP: 62.600-000 ITAPAJÉ-CE							
<b>SERVIÇOS E TARIFAS</b>							
COD	DESCRÍCION	PAR	VALOR				
01	TARIFA DE ÁGUA	01/01	17,66				
16	MULTA POR ATRASO - 01/2018	01/01	0,46				
<b>HIDROMETRIA</b>							
LEITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS:					
ANTERIOR...: 2398	07/02/18	13	12				
ATUAL.....: 2406	06/03/18						
CONSUMO...: 08	DIAS:27						
LEITURISTA: 01	OCA:00						
MÉDIA: 6 m <sup>3</sup>		1...	1...	2	SET	OUT	NOV
					DEZ	JAN	FEV
						MAR	
<b>DÉBITO(S)</b>							
FEV/2018							
VENCIMENTO	<b>27/03/2018</b>	VALOR R\$	<b>18,17</b>				
CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTE DÉBITO PARA COM SERVIÇO SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ 15/03/2018, QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE. CASO JÁ TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE							

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

25 JUN. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 529324314

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP: 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.436 de

26 de abril de 2002

## DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

JUN/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE  
**6252194** Div. 2VENCIMENTO  
**23/07/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**45,42**Rota 31 035092 06 087600  
Nome RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO Medidor 23009458  
Endereço Postal Poste 0000 0End. da Unidade ST SERRA DA PELOMIA 00001 SANTA LUZIA URUBURETAMA  
Consumidora 62650000

RG / CPF / CNPJ 813.336.413-20 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 5611 5587 1 24 0 30

## DESCRÍPCAO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

## OUTROS PAGAMENTOS

CORRECÇÃO MONETÁRIA DO MÊS	0,27
JUROS DO MÊS	0,28
CORRECÇÃO MONETÁRIA DO MÊS	0,41
JUROS DO MÊS	0,54
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	32,25
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS ( R\$ 0,92 )	

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

16/07/2018 16/07/2018

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FB9C.F60F.9968.F178.6C1B.C975.77ED.B12C

## ICMS

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

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecologica(%CO<sub>2</sub>)

## INFORMAÇOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

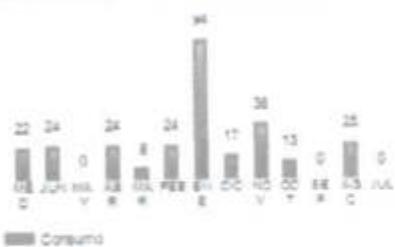
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,73.

Conjunto ITAPAJE

Mês ABR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Apuração Individual Anual Mensal	Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	4,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00	

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânico cliente

Nº do Cliente: 6252194-2 Nº da Nota Fiscal: 529324314 Total a Pagar (R\$): 45,42  
Data de Emissão: 20/06/2018 Referência: JUN/2018 Nº de Controle: 0006252194 00047 4348 2 46

63800000000-9 45420031000-8 00062521940-6 00474348204-5



IBIA CORRETORA DE SEG. LTD

25 JUN. 2018

## 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 221205 (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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Jaumundo Rodrigues Brilho inscrito (a) no CPF sob o Nº 813.336.443, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Pereira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.511.443, 04, do sinistro de DPVAT cobertura renalidade da Vítima Antônio Pereira Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.511.443, 04, 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	Silvó Serra da Pelánea	Número	0002	Complemento	-
Bairro	Santa Nuzia	Cidade	Wruburitama	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(85) 999800779

Jaumundo Rodrigues Brilho, 19 de junho de 2013  
Local e Data

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

Assinatura do Declarante

RIA CORRETORA DE SEG. LTD.



# Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia e Artroscopia do Joelho  
CRM 10184 TEOT 12042

## ATESTADO

NOME: ANTONIA PEREIRA GOMES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **14/04/2018**. SOFREU FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL A ESQUERDA. PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 60 DIAS, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO. APRESENTA, AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA 17/08/18

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 JUL. 2018

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

Dr. Marcus Gadelha  
Ortopedia e Traumatologia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
CRM 10.184  
TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676  
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000  
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966  
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

26/07





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS  
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Ficha deve ser preenchida.
2. Preencher está ficha em 3 via.
3. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a via ao usuário, e mantendo para retornar com a 1ª via quando de consulta.

Unidade de Origem:	H.M. 9.4.6				
Distrito Sanitário:	Dj. Júlio C. Ferreira				
Nome:	Antônio Ferreira	Prontuário N°:			
Sexo: M ( ) F ( )		Data de Nascimento:	27/06/1970	Ocupação:	
Pai:		Mãe:			
Endereço:	Rua José Roberto	Bairro:		Fone:	
Agente de saúde:		RLP:		Nº Solicitado:	

Motivo do Encaminhamento:	Pto. Figueira - paciente com problema de ferida aberta		
Exames solicitados e resultados:	Teste gástrico - na flacidez - 30%		
Medicamentos utilizados:			
Impressão Diagnóstica:	Inflamação de ferida aberta		
Assinatura do Encaminhamento - Nº do Registro:	Funcção:	Data:	hora:
AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento: AMBULATÓRIO: <input type="checkbox"/>	HOSPITALAR: <input type="checkbox"/>	AUXÍLIO DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/>	
Procedimento: Consulta	Profissional: Enfermeiro		
Unidade de Referência:	Data:	Hora:	

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência:	Prontuário N°:	Alta:
Município:		

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES		
DIAGNÓSTICO - Principal:	C.I.D.:	
Secundário 1:	C.I.D.:	
Secundário 2:	C.I.D.:	

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O problema justificou a referência? Sim ( ) Não ( )	O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ( ) Não ( )	
Assinatura do Consultante - Nº do Registro	Função:	LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

(\*) Utilizar também como resumo de alta

25 JUN. 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

	SINAIS VITAIS			
Hora:				
P.A.				
Temp:				
Peso:				
Estat.:				

## FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 18/04/18	Horário: 18:15	Paciente chegou:	<input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Outros
Paciente: Antônio Fiuza Correia				
Nome da Mãe: Maria Glória Souza Fiuza				
Idade: 58	Sexo: F	Data de Nascimento: 27/06/50	Identidade: 2005005116003	Telefone p/ contato: 90-381940
Endereço (Rua, nº): Rua 16 bis Boticá N°6				
Bairro: Fazenda	Cidade: Rio Pardo	Estado: RS	Nome do Funcionário SAME: Cláudia	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
Histórica Clínica:	Paciente com 20 dias de nasc. Idade 1604 dias Sexo: Fêmea Peso: 3000g Lactação: normalizada. A MME Sangue: sem alterações RX gástrico e RX óssea: fígado	Clinica Obstétrica
		Traumato / Ortopedia
Diagnóstico:	Fistulae de nasc. nascido engasgada (com secreção)	
EXAMES SOLICITADOS		
1) _____	3) _____	
2) _____	4) _____	
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:		

DESTINO DO PACIENTE				DATA SAÍDA	HORA SAÍDA		
<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>	Óbito		
Motivo da Óbito:							

Assinatura do Pacheco ou Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Antônio Ferreira  
(Gomes) \_\_\_\_\_  
foi atendido (a) \_\_\_\_\_

do \_\_\_\_\_ Clinica ou serviço  
no dia 17/04/18, às \_\_\_\_\_ Horas, necessitando de  
14 (quatorze) dias de repouso, por motivo de doença.  
CID: S 82

Assinatura do Paciente ou Responsável

17/04/18

Local e Data

*17 ABR 2018*

Assinatura do Médico / Odontólogo  
(Carimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE \_ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CNPJ: 07.683.956/0001-84

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Antônio Fecava Jones  
ENDEREÇO: Rua das Flores  
IDADE: \_\_\_\_\_ UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

*Reforma*  
*15-20 dias*  
*Folha de folha*  
*17 ABR 2018*

ITAPAJÉ: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo Profissional

ELIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

ESTADO DO CEARÁ  
REFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CNPJ: 07.683.956/0001-84



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CNPJ: 07.683.956/0001-84

## RECEITUÁRIO

*Antônio Ferreira Gomes*

UNIDADE DE SAÚDE:

*Centro**20 - 30**Frederico**Maria CORRETORA DE SEG. LTDA**25 JUN. 2018*

ITAPAJÉ \_\_\_\_\_

ITAPAJÉ: *11 100 700*



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS



## ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a)

Ident. ou Registro

foi atendido (a)

**BARA FIR**

Clinica ou serviço

do

Hospital Ambulatorio

no dia 2 / 5 / 88, às 11:35 Horas, necessitando de

10 (dez) dias de repouso, por motivo de doença.  
por extenso

CID: W522.0

Assinatura do Paciente ou Responsável

DR CONSULTOR  
Local de Trabalho  
RMS-2301103  
CPF (083) 801-721-07

Assinatura do Médico / Odontólogo  
(Carimbo contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

**NOTE** \_ Este Atestado é valido para finalidade prevista no art 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho

GRÁFICA PLANETARTE (88) 9130.2641

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTD

25 JUN. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a)

Gomes

Antônio Perreira

(Assinatura do Paciente)

foi atendido (a)

Ortopedista

Clinica ou serviço

do

no dia 29 / 05 / 18 Hospital Ambulatório  
45 (quarenta e cinco) dias de repouso, por motivo de doença.

por extenso

CID: 582.1

Assinatura do Paciente ou Responsável

29 / 05 / 18

Local e Data

  
CRM / Tatuapetiba  
C.R.O. / C.R.D.  
JCS6 Frola

Assinatura do Médico / Odontólogo  
(Obrimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE \_ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

**PARECER DA JUNTA MÉDICA**  
 LEI Nº 1.615, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2006

Art. 36 - O auxílio-doença será devido ao segurado que ficar incapacitado para o seu trabalho por mais de quinze dias consecutivos e consistirá no valor de seu último subsídio ou remuneração.

§ 1º - Será concedido auxílio-doença, a pedido ou de ofício, com base em inspiração médica.

Art. 31 - A aposentadoria por invalidez será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz de readaptação para o exercício de seu cargo e ser-lhe-á paga a partir da data do laudo médico pericial que declarar a incapacidade e enquanto permanece nessa condição.

**Senhor Diretor:**

Apresentamos abaixo o Laudo do exame realizado pela Junta Médica da CAPESI com as respectivas indicações com vistas às providências administrativas correspondentes.

Nome: Hélio José Perreira Oliveira

End.: Vila Jardim Bairro H-06 Belo Horizonte Fone: (31) 3515-946

Cargo: ASG Lotação: Delegacia de Administração

História Clínica: Sofre de gota desde os 18 anos e sentiu o ataque no dia 06/06/2018. Momento no qual teve febre e mal-estar por período grande.

Diagnóstico: CID(S) D32.1

Resultados do Exame:

Incapacidade temporária para o trabalho-Auxílio -Doença-Art. 36

Incapacidade definitiva para o trabalho-Aposentadoria por Invalidez-Art. 31

Proventos: Integral Proporcional

Tempo de Afastamento: 60 Dias Início a partir de 29/05/18

Itapajé 05,00 13

Dr. Raimundo de A. Bastos Junior

CRM - 4128

Médico-Perito - CAPESI

Médico-Carimbo

Médico-Carimbo

Cliente: \_\_\_\_\_

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

25 JUN. 2018

MIA CORRETORA DE SEGURO, LTDA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 9242563957

VIA:	COD. RENAVAM:	R.NIRE:	EXERCÍCIO:
ORDEN	907911980	0000000000	2018
ANTONIA PEREIRA S. NOME			
ITAPAJÉ/CE			
CPF / CNPJ:	84157119304	PLACA:	OCH1979
PLACA ANTIGA:	PC2HB0210CR011683	CHASSI:	PC2HB0210CR011683
ESPECIE TIPO:	FAB/MOTOCICLO/NHO APLIC.	COMBUSTÍVEL:	GASOLINA
MARCA / MODELO:	HONDA / POP100	ANO FAB:	2011
CAP / POT / QL:	25/CCV / 9700	CATEGORIA:	FRT1
I	QOTA UNICA	VENC. QOTA UNICA	VENC. / COTAS
P		1	
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2
A			3
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,00		180,00	28/02/2018
OBSERVAÇÕES			
ITAPAJÉ LOCAL: 04703 DATA: 27/03/2018			
DENTRAN			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 9242563957 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018 EXERCÍCIO

03151675064 PLACA

242563957 03151675064

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2018 DATA EMIS/SAU

CE Nº 9242563957 03151675064

VIA: 03151675064 CPF / CNPJ: 03151675064 PLACA: 03151675064

RENAVAM: 07911980 MARCA / MODELO: HONDA / POP100

ANO FAB: 2011 DAT TARE: 20180228 CHASSI: PC2HB0210CR011683

PRÉMIO TARIFÁRIO

PNG (R\$) DENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

180,00 3103 310,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

180,00 18,00 180,00

PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO

COTA UNICA  PARCELADO 28/02/2018

Seguradora Líder dos Consórcios

do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

18 CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

RS.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180344064      **Cidade:** Itapajé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA PEREIRA GOMES      **Data do acidente:** 14/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DE QUADRÍCEPS COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR. MARCHA CLAUDICANTE COM PRESENÇA DE DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE APARELHO GESSADO POR APROXIMADAMENTE 60 DIAS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antonia Pereira Gomes  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRA  
Profissão: ESTUDANTE  
Identidade: 30050054 1603-2 CPF: 813.336.413-014  
Endereço: Rua Damião Martins Sales, 39  
Bairro: Santa Rita  
Cidade: Itapajé - CE CEP: 62600-000

### OUTORGADO (Procurador)

Raimundo Rodrigues Bastos Filho, CPF nº 813.336.413-20, com endereço na Rua Damião Martins Sales, 39, Bairro: Santa Rita; Cidade: Itapagé- Ceará, CEP: 62600-000, Fone: (85) 99224-9280, E-mail: [raimundoevabastos@gmail.com](mailto:raimundoevabastos@gmail.com)

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, Antonia Pereira Gomes.

Local e data:

Itapajé, 18 de Mai de 20 13.

Antonia Pereira Gomes  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO ZÉLIA MOTA 1º OFÍCIO DE ITAPAJÉ - CE  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ANTONIA PEREIRA GOMES. CONFERIDO: DOU FE. Itapajé-Ceará, 18/05/2018.  
CAROLINE GOMES MOTA

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

25 JUN. 2018

**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.**

Número do Sinistro: **3180344064**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA PEREIRA GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**VL JOAO BATISTA, 66 - BARATEIRO - Itapajé - CE - CEP 62600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2005005116092**

Data e local do acidente: [ **14/04/2018** ] **ITAPAGÉ, CE.**

Data e local do exame: [ **01/08/2018** ] **Fortaleza [ CE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DE QUADRÍCEPS COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR. MARCHA CLAUDICANTE COM PRESENÇA DE DERRAME ARTICULAR NO COMPARTIMENTO MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE APARELHO GESSADO POR APROXIMADAMENTE 60 DIAS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Limitação funcional do joelho 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"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Joelho esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Casemiro Dutra de M. Junior  
CRM/CE 6818 CPF 128.879.66-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE