

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11245653

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354334 ASL-0242901/17
Vitima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 11/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11248278

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354334 ASL-0242901/17
Vitima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 11/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11826006

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354334 ASL-0242901/17
Vitima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 11/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11906035

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354334 ASL-0242901/17
Vitima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 11/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170354334
Vítima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 11/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

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 3170354334** 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, 21 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12408117

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170354334
Vítima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 11/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO ROGERIO LIMA

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: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 00000755

Conta: 0000016221-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 39990328-8 EXPEDIDO POR SSP CE EM 06/03/2006 E

CPF 879304048-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIÇÃO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

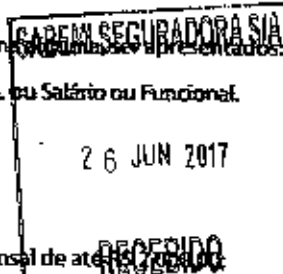
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0755 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16221-0

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

RUSSAS, 14 de MARÇO de 2017
LOCAL E DATA

João Marciانو de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

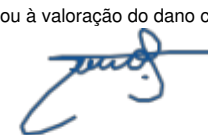
Nome do(a) Examinado(a): Jose Marciano de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Faisca, S/N
Faisca Palhano CE CEP: 62910-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 399903288
Data local do exame: [08/02/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO E LESÃO NA FACE POSTERIOR DO TERÇO INFERIOR DA COXA ESQUERDA CICATRIZES IRREGULARES, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR DE PALHANO E ENCAMINHADO PARA RUSSAS APRESENTANDO LESÃO NA COXA, DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E CURATIVO. APRESENTOU EDEMA INTENSO NO JOELHO E RETORNOU AO HOSPITAL PARA REALIZAR DRENAGEM CIRÚRGICA, SENDO RETIRADO GRANDE QUANTIDADE DE LÍQUIDO COM PUS E SANGUE. INICIOU ANTIBIOTICOTERAPIA. TEVE DIAGNÓSTICO DE ARTRITE SÉPTICA. REALIZOU MAIS DUAS DRENAGENS POSTERIORES. POSTERIORMENTE SUBMETIDO A FISIOTERAPIA(20SS). EVOLUIU COM**
Data da alta: MAIO/2017
FOI REALIZADA DRENAGEM CIRÚRGICA, ANTIBIOTICOTERAPIA E FISIOTERAPIA (20SS).
EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E CREPITAÇÃO POR SEQUELA DA ARTRITE E DA LESÃO LIGAMENTAR
Complicações: ARTRITE SÉPTICA
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA**
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| JOELHO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (<input checked="" type="checkbox"/>) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 942 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2017 08:54:04**
Data / Hora da Ocorrência: **11/12/2016 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **DE RUSSAS A PALHANO**
Complemento:
Bairro: **Município: PALHANO/CE**
Ponto de Referência: **ESTRADA CARROÇÁVEL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ MACIANO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/03/1978** CPF:
RG: **Orgão Emissor: UF:**
Filiação: **ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA**
FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA
Endereço: **SÍTIO FAÍSCA, S/N** CEP:
Bairro: **FAÍSCA**
Município: **PALHANO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9409-8346**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYZ5320** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC1550AR023287 Renavam: **177686073** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **LUIS LUCIANO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Narra a vítima, que vinha como piloto na motocicleta citada neste Boletim de Ocorrência, quando ao passar por uma estrada carroçável, derrapou, perdeu o controle da moto, vindo cair ao chão; Que na queda veio a colidir no poste; Que sofreu uma lesão na região da perna esquerdo tendo sido necessário a realização de drenagem por ter criado água; Que têm como testemunhas as pessoas de FRANCISCO RODRIGUES BESERRA e ANDRÉ MARCOS DE LIMA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

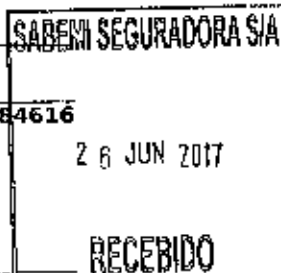
SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luciana Silva Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616



Autêntico, para os devidos efeitos, a presente cópia reproduzida do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada, em 06/06/2017, em testemunho da verdade.
Luciana Silva Oliveira - Escrevente Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): N6-506268 - CARTÓRIO HERCILES AGUIAR/AN-2: OFÍCIO DE RUSSAS/CE
Fone/Fax: (88) 3421.0107 - Av. Dom Lindo-1140 - Centro



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Marciano de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 39990328-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 877324243-87, residente e domiciliado na Rua Fausca, Cidade Palhano, Estado Ceará, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

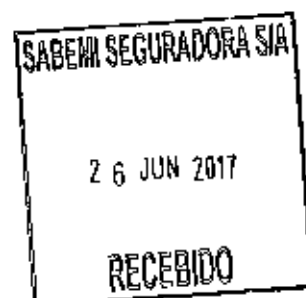
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Marciano de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Russas, 14 de março, 2017.

Local e data





18/12/2016

... Guia de Atendimento (2) ...



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSA
Dr. José Namalho, 1438 - Centro
Rurópolis / Goiás



47

SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO

18/12/2016 11:16:18

Profissional: ANTONIO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Sótor: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00104216 - JOSE MAGIANO DE OLIVEIRA

Sexo: M. DN: 03/03/1976 - 38 A P M 16 D Etl. Civil: Solteiro(s)

Endereço: BITIO - FAJACA - 00 - ZONA RURAL - PALHANO - CE - 82810000 - PROX AO ANDRE

Fone: (88) 99286-6491

CNS: 898002729394018 CPF: 877.324.243-87 Ignorada

Naturalidade: PALHANO - CE

Ocup: AGRICULTOR

Raça/Cor: BRANCA

Nº. da Carteira:

Validade:

Autorização:

SisProNatal:

MDE: ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA

Anotações de Outros Profissionais

Peso: — KG. Temp.: — °C. P.A. — mmHg D.X. —

Classificação de Risco: ☒ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Condição:

Diagnóstico:

Assinatura e Carimbo

Ateste a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

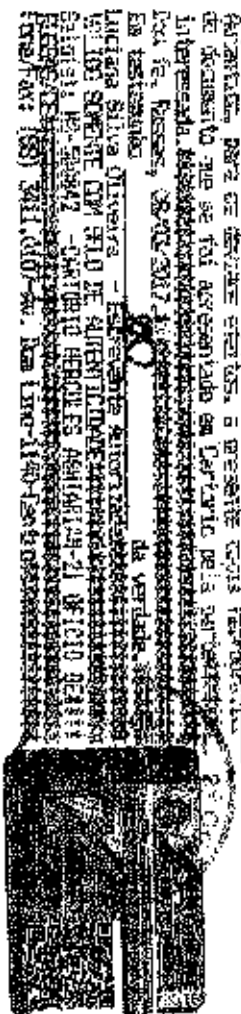
Atendimento: 1800177697

Registado por: maria.gubetiza

RECEBIDO

26 JUN 2017

SEMI SEGURADORA S/A



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: 15/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000016221-0

Nr. da Autenticação E24CB89B18FB0A3B



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: Jose Marciano de Oliveira

CPF: 39990328-8 **Data de expedição:** 06/03/06 **Órgão:** SSP-CE

CPF nº 832:324243-87, **declaro perante a este instrumento declarar que não possuo**
emprego ou cargo em nenhuma outra entidade ou instituição que possua no cadastro
eleitoral desta jurisdição, assim, declarando a veracidade das informações prestadas.

Endereço:	
Rua/Av. ou Pça	Rua Faísca
Número	SIN
Apto/Complexo	Casa
Bairro	Faísca
Cidade	Palhano
Estado	Ceará
CEP	62910-000
Referência documental	Assinatura do declarante
E-mail	Assinatura do declarante

Por ser verdade, firmo esta.

Local e Data: Palhano, 14 de março, 2017

Assinatura do Declarante: Jose Marciano de Oliveira



1285572-3

Para aplicação em abastecimento, utilize o nº de conta
de acordo com o código de barras.

A Terna Saneamento de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.439
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Veloso, 150
CEP 60065-000 Fortaleza CE
CNPJ 07.042.510/0001-70 | CEF 08.105.894-3

Código
grupo 6

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 456139131

Ponto **22 25081 75 135500 - 3** Data de Emissão **07/12/2016**

Nome **FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA**

End. Postal **FAISCA 00000**
- PALRANO - 62910000

Medidor **6435065** Poste **0000 0000**

Classe **04-RURAL MONOFASICO** Fator de Potência

RG/CPF/CNPJ **783589733-49** CGF

Nome do Responsável

DATA

Mês de Referência	Data de Apresentação	Proxima Leitura
Dez/2016	05/01/2017	05/01/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecimento

Conjunta **0,00** P **0,00** P **0,00** P

Base de Cálculo ITR	Alíquota	Valor do Imposto	Fornecimento Individual					
			Mês	Trim.	Anual	Mês	Trim.	Anual
ISENTO			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ITC			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RIC			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMC			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ENC. IMPOSTO DE 0,00% SOBRE O VALOR DO CONSUMO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	% Exatidão	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)	% Consumo (MWh)
21427	21320	1,00	185	0,00	185	0,00	185	0,00	185

DATA	VALOR (R\$)
07/12/16	48,10
08/11/16	48,10
30 Dias	48,10
VALOR CONSUMO DO MÊS	48,10
MULTA MORATORIA REF 09/2016	0,75
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,77

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DE CONSUMO (Mês: 12 meses)	
Energia	34,14	108	108
Transmissão	6,60	109	109
Distribuição	8,45	117	117
Interesses Setoriais	4,36	107	107
Impostos (ICMS, PIS, COFINS)	2,55	107	107
TOTAL	46,10	105	105

CONSUMO CONSTATADO - CONSUMO DE CO (kg/kWh)

Consumo total constatado pelo consumo de energia elétrica

Entido kg (CO) **47,11** Compensado kg (CO) **0,00**

Consumo Energético (MWh) **0,00**

NOVA FOLHA POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FOLHA MÉDIA-LEIT. BIMESTRAL ART 65 RES 414

Consta desta fatura de 2,55 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9 Res. 149/2007 - Art. 11 da Lei 10.827-02 e 10.833-03)

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUN 2017

RECEBIDO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Francisco Rogério Lima, portador(a) do

RG nº 2005030019453, expedido por SSP-CE, em

14 / 04 / 2005, CPF/CNPJ nº 454.764.203-63,

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

Marciano de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima José Marciano de Oliveira, e conforme

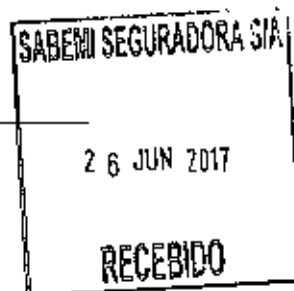
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusado-me Renda Mensal: R\$ Recusado-me

Documentos comprobatórios: Recusado

Francisco Rogério Lima

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luís Luciano de Oliveira,

RG nº 2001030017890 data de expedição 02/04/2001

Órgão SSP, portador do CPF nº 91643457349, com

domicílio na cidade de Russas, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Felix de Lima nº 129, nº 129,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Marciano de Oliveira cujo o condutor era

José Marciano de Oliveira

Veículo: HONDA (MOTO)

Modelo: Honda ICG 150 FAN EST

Ano: 2009/2010

Placa: HYZ5320

Chassi: 9C2KC1550AR023287

Data do Acidente: 11.12.2016

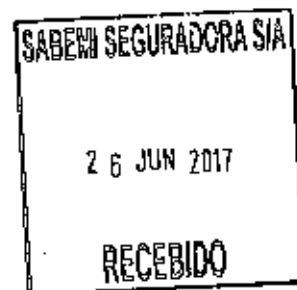
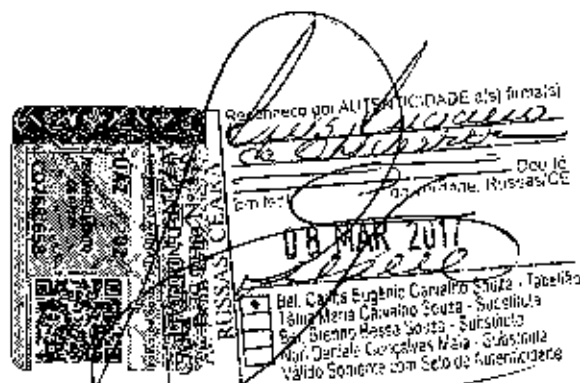
Local e Data: Russas/CE 08/03/2017

Luís Luciano de Oliveira

Assinatura do Declarante



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





7

19/12/2018

Guia de Atendimento (X)



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



47

SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO

19/12/2018 11:16:18

Profissional: ANTONIO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00104218 - JOSE MACIANO DE OLIVEIRA

Sexo: M DN: 03/03/1978 - 35 A 9 M 18 D Etl. Civil: Solteiro(a)

Endereço: SÍTIO - FAIBCA - 00 - ZONA RURAL - PALHANO - CE - 02910000 - PROX AD ANDRE

Fone: (88) 89280-5481

CNS: 898002729394010 CPF: 877.324.243-87 Ignorado

Naturalidade: PALHANO - CE

Ocup: AGRICULTOR

Raça/Cor: BRANCA -

Nº. de Carteira:

Validade:

Autorização:

SisProNatal:

Mãe: ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA

Pat: FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA

Anotações de Outros Profissionais

Peso: ____ KG. Temp: ____ °C. P.A. ____ mmHg D.X.:

Classificação de Risco: ☒ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Aten pulso htp

Diagnóstico:

Artin pulso (R)

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800177997

Registrado por: maria.aubetiza

RECEBIDO

26 JUN 2017

SABEM SEGURADORA S/A

AVISO: PARA OS SEUS CLIENTES, A EMPRESA DESEMPENHA A FUNÇÃO DE AGENTE DE INTERMEDIÇÃO E NÃO SE RESPONSABILIZA POR OMISSÃO DE INFORMAÇÕES OU POR ERROS DE TRANSMISSÃO DE DADOS. A RESPONSABILIDADE É DO CLIENTE. A EMPRESA NÃO SE RESPONSABILIZA POR OMISSÃO DE INFORMAÇÕES OU POR ERROS DE TRANSMISSÃO DE DADOS. A RESPONSABILIDADE É DO CLIENTE. A EMPRESA NÃO SE RESPONSABILIZA POR OMISSÃO DE INFORMAÇÕES OU POR ERROS DE TRANSMISSÃO DE DADOS. A RESPONSABILIDADE É DO CLIENTE.



UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE:

END.:

Sr. Manoel de Oliveira

Declaração

Pete teve acidente de moto no dia 11/12/2015 contusão no polegar/mão esquerda e procurou no dia 13.12.2015. Tinha sinal flogístico no MI esquerda machucado Amoxilivon 500mg 1cp VO qtd (21cp) e Ibm prof 100mg Retornou no 19.12.2015 com edema intenso (++) no MI esquerda e dor forte/cirúrgica de Ruas p/mão esquerda drenagem. Repetiu total 3 vezes drenagem e drenou o edema continuando tomar antibiótico até a exatidão 4x/dia

DENGUE

Saiba que Dengue tem cura espontânea:

Evite tomar AAS
Dolofenico

Beba bastante água

Faça esforços físicos

Evite os focos de sua casa

Procure o Hospital se surgirem sinais

Dor de barriga que não passa;

Vômitos frequentes
nas primeiras horas

Dor de cabeça e suor
na base do crânio

Sinais de que não passa

Sangramentos de nariz, boca,
garganta, urina
ou fezes pretas

PALHANO

RECEBIDO

26 JUN 2016

Dr. Yoshi Shimizu

Médico - CRM 10000

SINATURA

NOSSA PRIORIDADE É O ATENDIMENTO DE FORMA UNIVERSAL E IGUALITÁRIA,
PRESTANDO APOIO E PROTEÇÃO A FAMÍLIA.

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA OSTEO ARTICULAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE OCUPACIONAL
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E LABORATIVA
LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUNA VERTEBRAL
ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: JOSE LAZARIO DE OLIVEIRA
 RG: 39.990.328.8 PROFISSÃO: AUX. SERV. GERAL (SERVENTE)
 CID 10: S76.2 S76.1 M23.8

QUEIXA PRINCIPAL: DOR, DERRAME E BLOQUEIO DO JOELHO ESQ.
ARTITE SEPTICA DO JOELHO ESQUERDO.

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: DIA 11/12/16 SOFRIA QUESA DE LESÃO AO
MEMBRO (COLUNA COM DOR) ATENDIDO EM PSE DO PALTHANO
FOI TRANSFERIDO PARA ESTE MUNICÍPIO - HCS RUSSAS
DIRETADO POR 2 VEZES COM DRENO DE PENETRAÇÃO QUE
FEZ A PROPRIALXA AO DADO MAIOR: ARTITE SEPTICA
DO JOELHO ESQ.
INJEÇÃO - 6 CICLOS DE OPERATÓRIA (BUAS POR
DRENO DE SECÇÃO NO TOTAL DE 11 CICLOS DE
INJEÇÃO E EM FASE DE SUIÇÃO.
REF - ANTI BIOTICO PARA PIA
PILO TERAPIA -
REABILITAÇÃO LIOFORA

DIAGNÓSTICO ☒ CLÍNICO ☒ RADIOLOGICO ☐ LABORATÓRIO ☐ IMAGEM ☒

- ① OSTEOARTITE OU ARTITE SEPTICA DO JOELHO ESQ. - P.S.
- ② BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQ.
- ③ FASE DE SECÇÃO LIOFORA - BLOQUEIO DA FLEXÃO $> 90^\circ$ DO JOELHO ESQ.

REF - PACIENTE VITUA DE ACIDENTE DE TRÁFICO AUTO.

- ① MORR 11/12/16
- ② TRAM DO COM MENAGENS CIRCUNSTÂNCIAS
- ③ APRESENTA BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO $> 90^\circ$
- ④ INDICADO FISIOTERAPIA LIOFORA
- ⑤ ACDA APÓS ESTA CONSULTA

INSTITUIÇÃO SEGURADORA SIA
 28 JUN 2017
 RECEBIDO

Francisco Porpino Peres
 ORTODONTIA, TRAUMATOLOGIA
 CARIMBO: Medicina do Trabalho - CREMEC 9355
 1401 3320-0197 - 0191 3393

Assinatura 21/2/17

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 39.990.328-8 DATA DE EMISSÃO 06/MAR/2006

NOME JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA E ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PALHANO - CE DATA DE NASCIMENTO 03/MAR/1978

DOC. ORDEM PALHANO - CE PALHANO

CN: LV A002/FLS 058V/N.001174


CPF 877324243/87

Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR



JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
028E.02C6.00C6.DD4B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10/22/2016 às 10:00:15 (para o Estado de Brasília)
CPF 877324243/87

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
877.324.243-87

Nome
JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Nascimento
03/03/1978

VALIDO POR 02 ANOS COMO COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1277116015

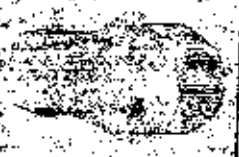
VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1277116015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR



JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

CPF 877.324.243-87

NASCIMENTO 03/03/1978

BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1277116015

10/22/2016 10:00:15

85033480000

00600000000

01/04/2016

SABEM SECRETARIA DE

26 JUN 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE 012262716244
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CALR 1 177686073 0000000000 2016

LUIS LUCIANO DE OLIVEIRA

RUSSAS/CE

CPF/CNPJ 91643457349 PLACA HYZ5320

PLACA ANT./LIC. 9C2KC1550AR023287

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLE

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TAN EST

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP/POT/CIL 2P/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA ***** **

VENO. COTA UNICA **/**/**

VENO. COTAS 1*****

FAIXA LRVA. ***

PARCELAMENTO/COTAS ***** **

2*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75

IOF (R\$) 1.11

PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 08/11/2016

OBSERVAÇÕES

RUSSAS

LOCAL

09/11/2016

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran

CE Nº 012262716244 BILHETE DE SEGURO DP

2016

91643457349 2016 BILHETE DO SEGURO DP

9C2KC1550AR023287

9C2KC1550AR023287

9C2KC1550AR023287

9C2KC1550AR023287

VIA 01 91643457349

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

RENAVAM 17.580073

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

ANO FAB. 2009

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

PRÊMIO TAXIFÁRIO

CPF/CNPJ

PLACA HYZ5320

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUN 2017

RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170354334 **Cidade:** Palhano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/12/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO E LESÃO NA FACE POSTERIOR DO TERÇO INFERIOR DA COXA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZES IRREGULARES, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADA DRENAGEM CIRÚRGICA, ANTIBIOTICOTERAPIA E FISIOTERAPIA (20SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E CREPITAÇÃO POR SEQUELA DA ARTRITE E DA LESÃO LIGAMENTAR
COMPLICAÇÕES: ARTRITE SÉPTICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO

Eu, José Marciano de Oliveira, portador do RG 39.990.328-8, CPF 877.324.243-87, domiciliado no Sítio Faísca s/nº cidade de Palhano CE venho informar que sofri acidente de motocicleta no dia 11/12/2016, registrado no BO nº 541-942/2017 e Sinistro nº 3170354334.

Quero salientar que no momento do acidente fui socorrido por populares, que me levaram para minha residência. Devido à gravidade das lesões, principalmente do joelho esquerdo, procurei a assistência na unidade de saúde de Palhano no dia 13/12/2016, sendo orientado a procurar o Hospital e Casa de Saúde de Russas onde fui atendido no dia 19/12/2016.

Também quero ressaltar que o Hospital Municipal de Palhano é de pequeno porte e só trata de casos de emergência, portanto não ficam registrados os atendimentos realizados, e por esse motivo não tenho atendimento do Hospital datado no dia do acidente, somente declaração de atendimento do dia 21/02/2017, momento em que iniciei o processo do seguro DPVAT.

Palhano, 02 de outubro de 2017.

02/10/2017

José Marciano de Oliveira

José Marciano de Oliveira

DECLARAÇÃO



Eu, José Marciano de Oliveira, portador do RG 39.990.328-8, CPF 877.324.243-87, domiciliado no Sítio Faisca s/nº cidade de Palhano CE venho informar que sofri acidente de motocicleta no dia 11/12/2016, registrado no BO nº 541-942/2017 e Sinistro nº 3170354334.

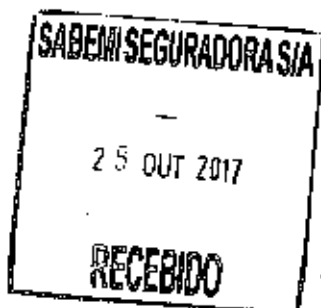
Quero salientar que no momento do acidente fui socorrido por populares, que me levaram para minha residência. Devido à gravidade das lesões, principalmente do joelho esquerdo, procurei a assistência na unidade de saúde de Palhano no dia 13/12/2016, sendo orientado a procurar o Hospital e Casa de Saúde de Russas onde fui atendido no dia 19/12/2016.

Também quero ressaltar que o Hospital Municipal de Palhano é de pequeno porte e só trata de casos de emergência, portanto não ficam registrados os atendimentos realizados, e por esse motivo não tenho atendimento do Hospital datado no dia do acidente, somente declaração de atendimento do dia 21/02/2017, momento em que iniciei o processo do seguro DPVAT.

Palhano, 02 de outubro de 2017.

José Marciano de Oliveira

José Marciano de Oliveira



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA OSTEO ARTICULAR
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE C
 RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL
 LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUN
ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL



0025

NOME: SEU NATZIANO DE OLIVEIRA
 RG: 39.990.328.8 PROFISSÃO: ALF-SERV. GEN. (BREVET)
 CID 10: S76.2 S76.1 L22.5

QUEIXA PRINCIPAL: DOZ. DERRAME E BLOQUEIO DO JOELHO ESQ.

ARTITE SEPTICA DO JOELHO ESQUERDO -

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: DIA 11/12/16 SENTIU QUEM DE VERGUELO ADO
NOVOZ (CARIAS COM PODE) ATENDIDO EM PSP DO PACHIANO
FEI TRANSFERIDO PARA ESTE MUNICÍPIO - HOSPITALAS
DETERADO POR 2 VEMES COM DRENO DE PENETRAÇÃO QUE
FEZ A PROFISSÃO DO BOM VALOR: ARTITE SEPTICA
DO JOELHO ESQ.

INJEÇÃO - E CICATRIZES CIRCUNFERENCIAIS (OUAS POR
DRENO DE PENETRAÇÃO NO TELA DE M. CIRCUNFERENCIAIS DE
INTERES E EM FAIXA DE SUTURA -

ALFO - | ANTIINFLAMATORIA PIA
PIRROFETAPIA -
REABILITAÇÃO LOKORA

DIAGNÓSTICO: ☒ CLÍNICO ☐ RADIOLOGICO ☐ LABORATORIO ☐ IMAGEM ☐

1. OSTEOMYELITIS OU ARTITE SEPTICA - JOELHO ESQ. - A.C.
 2. BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQ.
 3. FAIXA DE SUTURA LOKORA - BLOQUEIO DA FLEXÃO
 >90° DO JOELHO ESQ.

RES. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE VERGUELO ADON.

1. LOKOR 11/12/16
 2. TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS CIRCUNFERENCIAIS
 3. ANTIINFLAMATORIA BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO
 >90°
 4. INDICADO FISIOTERAPIA LOKORA
 5. LOKA APÓS ESTA CONSULTA: EM 21/2/17

Francisco Porfirio Rosa
 ASSINATURA Francisco Porfirio Rosa
 CARMEN: Francisco Porfirio Rosa
 CO-REVISOR: Francisco Porfirio Rosa



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE PALHANO



UNIDADE DE GRUPO:

PACIENTE:

END.

DE GRUPE: Spre Menetario de Grupe

Deolnaga

DENQUE

5. **ଶାନ୍ତି ଶ୍ରମ**
ଫାଉଣ୍ଡେସନ୍ ଫର ଫାଉଣ୍ଡେସନ୍
ଫାଉଣ୍ଡେସନ୍ ଫର ଫାଉଣ୍ଡେସନ୍

Guylo terner AAB
***10079860**

Baba beklante duren

உறுப்பினர் பட்டியல்

**Financing from
the Treasury**

**Programs of Hospital
as Outpatient Clinic**

**Por de harriga que
faccube:**

**Went to frequent
company home**

People & Budget
The last forty years

၂၀၁၇ ခုနှစ် နှစ်စာ
 ၂၀၁၇ ခုနှစ် နှစ်စာ

Sagrimentos
de nariz, boca,
vômitos, urina
e fezes prole

Dr. Hiroshi Shimada
Wardco - California
ASSINATURA

AB51NATLFLA

NOSSA PRIORIDADE É O ATENDIMENTO DE FORMA UNIVERSAL E IGUALITÁRIA,
PRESTANDO APOIO E PROTEÇÃO À FAMÍLIA.

Rua Miguel Rodrigues Santiago, 201 - Centro - Poiluno - Ceará - CEP. 62.910-000
 CNPJ Nº 11.857.544/0001-00 - Fone: 085.3418.1000

**CABEMI
SEGURADORA S/A**
27 DEZ 2017
RECSEIDO



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 942 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2017 08:54:04**
Data / Hora da Ocorrência: **11/12/2016 15:30:00** *← Data acidente.*
Endereço da Ocorrência: **DE RUSSAS A PALHANO**
Complemento:
Bairro:
Município: **PALHANO/CE**
Ponto de Referência: **ESTRADA CARROÇÁVEL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ MACIANO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/03/1978** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA**
FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA
Endereço: **SITIO FAÍSCA, S/N**
Bairro: **FAÍSCA** CEP:
Município: **PALHANO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9409-8346**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYZ5320** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2KC1550AR023287 Renavam: **177686073** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **LUIS LUCIANO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Narra a vítima, que vinha como piloto na motocicleta citada neste Boletim de Ocorrência, quando ao passar por uma estrada carroçável, derrapou, perdeu o controle da moto, vindo cair ao chão; Que na queda veio a colidir no poste; Que sofreu uma lesão na região da perna esquerdo tendo sido necessário a realização de drenagem por ter criado água; Que têm como testemunhas as pessoas de FRANCISCO RODRIGUES BESERRA e ANDRÉ MARCOS DE LIMA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

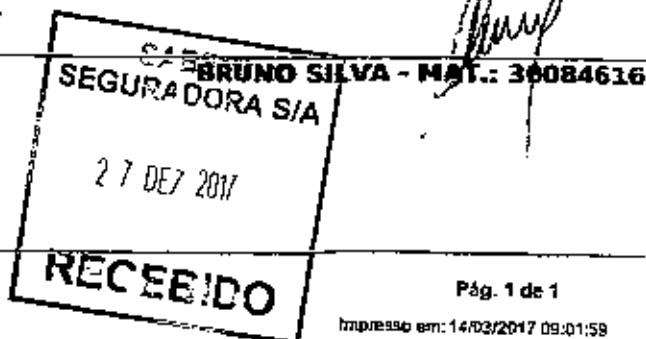
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Maciano de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :





PROCURAÇÃO PARTICULAR

AUTORIZANTE

Nome: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CARIACO
Profissão: SERVENTE
Identificador: 09990328-8 CPF: 877324243/87
Endereço: SETO FAISCA SIN PALHANO

AUTORIZADO

Nome: FRANCISCO ROBERTO LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CASADO
Profissão: ANGARIADOR
Identificador: 20050300194-53 CPF: 4547642003-63
Endereço: AV. DOM LINO Nº 1353

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e consinto meu bastante procurador e outorgado adme qualificado, a quem confio para representar-me perante a SEGURADORA LIDER, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT

Local e Data: Russas/CE 08/03/2017



Jose Marciano de Oliveira
ASSINATURA DO AUTORIZANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço por AUTENTICIDADE p/s: (firmas):
Jose Marciano de Oliveira
Do: _____
Em: _____, _____, Russas/CE

08 MAR 2017

Se: Carlos Luciano Cavalcante Souza - Tabelião
ou: Maria Cevalho Souza - Substituto
ou: Sérgio Bessa Souza - Substituto
ou: Edicleide Gonçalves Maia - Substituto
Válido somente com Selo de Autenticidade

