

---

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](http://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](http://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 inicio 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,



---

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.

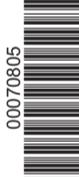
**NÃO PERCA TEMPO!**

**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](http://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](http://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.

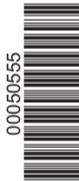
**NÃO PERCA TEMPO!**

**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](http://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.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, 21 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12408117

A/C: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170354334  
Vitima: 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 estes 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:

POR TADOR(A) DO RG Nº 394490328-8 EXPEDIDO POR SSP CE EM 06/03/2006 E  
 CPF CNPJ PROFISSÃO AGRICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ MARCINO 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 aparecem 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\$ 700,00;
- 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](http://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.

**CADERNO SEGURADORA SIA**

26 JUN 2017

**DEPÓSITO  
REVISADO**

**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) 075.5 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 Jose Marciiano de Oliveira  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**! ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago an/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.  
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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 Vítimas 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?  
**(X) Sim**  Não  
*Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário*
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
**(X) Sim**  Não  
*Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))*

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**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 suscetível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim**  Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**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"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*  
 "Exame não permite conclusão" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*  
*Vide motivo do impedimento no campo das observações*
- 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):   |
| <b>JOELHO - Esquerdo</b>  |  |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve  | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             |
| <input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- Região Corporal (Sequela):
- |  |  |
|--|--|
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             |
| <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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 N° 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 CARROCÁVEL

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 da(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 esquerda tendo sido necessário a realização de drenagem por ter criado água; Que têm como testemunhas as pessoas de FRANCISCO RODRIGUES BESSERRA 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: *Luisa Oliveira da Silveira* / SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616

26 JUN 2017

RECEBIDO

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Pág. 1 de 1

Impresso em: 14/03/2017 09:01:59

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reproduzida do documento que se foi apresentado em Cartório para parte interessada, no dia 06/03/2017, no horário de 09:01:59, na Delegacia Regional de Russas, 06/03/2017.  
Em testemunho da verdade, *Luisa Oliveira da Silveira*, escrevente autorizada pelo Delegado, no dia 06/03/2017, no horário de 09:01:59, no Delegado Regional de Russas, no horário de 09:01:59.  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE. Selo(s): N° 30628 - CARTÓRIO HERCULES AGUIAR JR - OFICIO DELEGIADO  
Fone/Fax: (88) 3421.010 - Av. Dom Lino-1140-Centro



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Manciano de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 39990328-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 877.324.243-87, residente e domiciliado na Rua Frunca, 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:

- () 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.

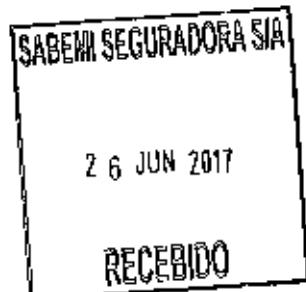
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Manciano de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Ruínas, 14 de março, 2017.

Local e data





19/12/2016

... Guia de Atendimento (D)



## HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSAS

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará

47

## SUS - SUS

Profissional: ANTONIO

Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

## GUIA DE ATENDIMENTO

19/12/2016 11:10:18

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00104216 - JOSE MACIANO DE OLIVEIRA

Sexo: M DN: 03/03/1978 - 38 A P M 18 D Ehl. Civil: Solteiro(s)

Endereço: SITIO - FÁBICA - 00 - ZONA RURAL - PALHANO - CE - 02810000 - PRÓX AO ANDRÉ

Fone: (88) 99280-6481

RG: 00002726394618 CPF: 877.324.343-87 Ignorado

Naturalidade: PALHANO - CE

CNP: 898002726394618 Ocup: AGRICULTOR

Raça/Cor: BRANCA -

Nº. da Carteira:

Autorização:

Bis/Pré-Natal:

Mãe: ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA

## Anotações do Outros Profissionais

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

Classificação de Risco:  VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

Condução:

*Atm ur nitro nitro*

Anotações Médicas

Diagnóstico:

*hötur hôte C*

Assinatura e Carimbo

Ateste a realização do Atendimento de  
acordo com os dados acima*José Maciano de Oliveira*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800177997

Registrado por: maria.aubeliza

26 JUN 2017

RECEBIDO

EMI SEGURODAS



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

BRUNSWICK  
willow  
2012

UNIDADE DE SAÚDE

PACIENTE: José Alvaro de Oliveira

END

Declaración:

Pato tiene actividad febril  
no dia 11, 12, 2016 com comienzo intenso no porche. Chega d/Pato  
de parque de Carió. La Ora 3:00, mñ 13  
del 12 de 2016 inicióse la actividad  
antibiótico metropolitano. Pato f. m 19/12  
2016 quedara intubado y falleció 24 horas  
de desmayos e fibrilación. Acabó en  
síntoma. Pato tiene actividad febril  
de desmayos e fibrilación  
esporádica. En más de 10 días  
mais de 2(dos) veces. Pato  
relata que dor intenso que afecta  
o porche que dificulta el trabajo.

DENGUE

- ✓ Sálvo vida
- ✓ Durante tem cura desaparece
- ✓ Fiebre temeraria
- ✓ Dolor intensidad aguda
- ✓ Fiebre antorchas sistémica
- ✓ Eliminación feces
- ✓ Desoxi urina
- ✓ Preparo a hospital
- ✓ En cirugía sin dolor
- ✓ Dor de hombro que no pasa
- ✓ Vomitos freqüentes
- ✓ Convulsiones
- ✓ Edemolítico ayer
- ✓ Dor con torturas
- ✓ Mucho sueño que no lo despierta
- ✓ Sangramientos
- ✓ Hemorragia, boca,
- ✓ Vómitos, urina
- ✓ o/o feces parda

PALHANO

• 1356 •

Rua Miguel Rodrigues Santiago, 201 - Centro - Palhano - Ceará - CEP: 62510-000  
CNPJ Nº 11.857.544/0001-90 - Fone: 88 3415.1040



# 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



José Manciano de Oliveira

39990328-8 06/03/06 SSP-CE

872-324243-87

<u>Endereço</u>	Rua Faísca
<u>Número</u>	S/N
<u>Apto/Compart.</u>	Casa
<u>Bairro</u>	Faísca
<u>Cidade</u>	Palhano
<u>CEP</u>	CEP
<u>Valor</u>	62910.000
<u>E-mail</u>	

Rumor, 14 de maio, 2017

José Manciano de Oliveira



1285572-3

A Tarifa Social da Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.468  
de 26 de maio de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valério, 150  
CEP 60130-001 Fortaleza/CE  
CNPJ 07.047.261/0001-70 Cód. de 105.00003

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

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

Nome FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA  
End. Postal FAISCA 68000  
- PALHANO - 62910000

Medidor 6435065 Pode 68000 0000  
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência  
RG / CPF / CNPJ 783589733-49 CGF

Nome do Responsável

## DETALHES

Mês de Referência Data de Apresentação Período Prox. Leitura  
Dez/2016 05/01/2017 05/01/2017 146+

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vale a pena ler este no verso desta conta.

Consumo KWH/60 | Faturado Jul/2016 R\$0 16,79  
Métrico

ITEMS DE CONSUMO

Base de Cálculo (BSC) Atividade Nível de Impacto

	Poder Executivo	Apuração Individual			
Mes	Var.	Anual	Mes	Var.	Anual
DTEC	10,5%   21,17	02,33	B,00	0,00	0,00
RIC	7,59   15,19	30,39	B,00	0,00	0,00
DAMC	5,68		0,00		

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ley. Atual (100% Residencial) | Conta de Consumo (Wh) | Conta Ind. | Conta Faz. | Tarifa (R\$/kWh) | IPI

21432 21323 1,00 165 0,00 189 0,36740 46,10

DATA	VALOR	VALOR (R\$)
07/12/16 - 31/11/16 - 33 DIAS	165	46,10
DESCRICAÇÃO		
VALOR CONSUMO DO MES		46,10
MULTA HORATÉREA REF 09/2016		0,75
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL		11,77

## COMPONENTES DO VALOR DE CONSUMO

Energia ..... 24,14  
Transmissão ..... 6,68  
Distribuição ..... 6,35  
Encargos Setoriais ..... 4,36  
Tributos (IRIS PE/MFIS) ..... 2,95  
TOTAL ..... 46,10

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

	108	109	110	107	107	105	125	103	119	103	84	107	117
MES	Dez	Jan	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dez

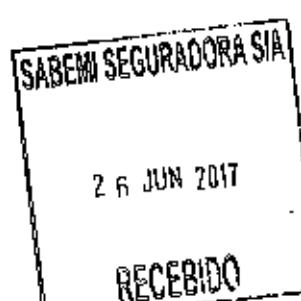
CONSUMO DE CO<sub>2</sub> (Emissões de CO<sub>2</sub>, kg/mês)

O consumo é calculado pelo consumo de energia elétrica  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Compatibilizado (kg CO<sub>2</sub>)

47,11 0,00 0,00

NÃO É POSSÍVEL COLOCAR LETRAS NO PIS/FINANCIAMENTO DIRETO ART 65 RES 414

Consta dessa fatura R\$ 2,75 referente a PIS e COFINS.  
C/C 9 000 100/2000 - ANEXO à Fatura n. 10.620/02 a 10.623/02





## DECLARAÇÃO

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

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 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 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 Francisco Rogério Lima, portador(a) do RG nº 2005030019453, expedido por SSP-CE, em 14/04/2005, CPF/CNPJ nº 4154.764.203-63, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Manciano de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima José Manciano de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Recuso

Francisco Rogério Lima

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JUN 2017
RECEBIDO

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luis Luciano de Oliveira,

RG nº 2001030017890 data de expedição 02/04/2003

Órgão SSP, portador do CPF nº 01643457349, com domicílio na cidade de Russas, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Félix 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 CG 150 FAN ES+

Ano: 2009 / 2010

Placa: HYZ5320

Chassi: 9C2KC1550AR023287

Data do Acidente: 11.12.2016

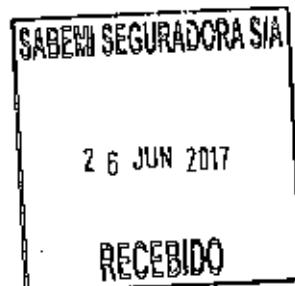
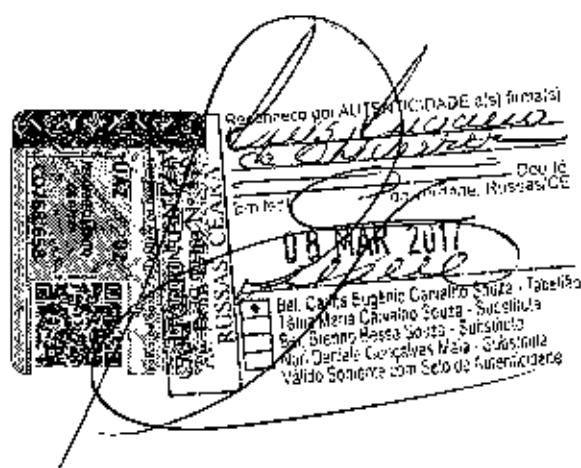
Local e Data: Russas/CE ... 08/03/2017

Luis Luciano de Oliveira



Assinatura do Declarante

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





7

19/12/2016

## Guia de Atendimento (G)



## HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSAS

Dr. José Ramalho, 1438 - Centro  
Russas / Ceará

47

## SUS - SUS

Professional: ANTONIO

## GUIA DE ATENDIMENTO

19/12/2016 11:16:18

Sabor: TRAUMA/ORTOPEDIA

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Turno: DIURNO

Paciente: 00104216 - JOSE MAGIANO DE OLIVEIRA

Sexo: M DN: 08/03/1978 - 38 A 9 M 18 D Ehl. Civil: Solteiro(a)

Endereço: SITIO - FAIBCA - 00 - ZONA RURAL - PALHANO - CE - 02910000 - PROX AO ANDRE

Fone: (88) 89289-8461

CNS: 899002729394619 CPF: 877.324.243-87 Ignorado

Naturalidade: PALHANO - CE

Occup.: AGRICULTOR

Raça/Cor: BRANCA

Nº de Carteira:

Autorização:

SisPronto:

Mãe: BLIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA

Pal: FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA

## Anotações do Outros Profissionais

Peso: KG. Temp: °C. P.A. mmHg D. X.

Classificação de Risco:  VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

Condutor:

*Nº ur. filho filha*

## Anotações Móveis

Diagnóstico:

*Letra filha R*

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de  
acordo com os dados acima*José Mariano de Oliveira*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800177987

Registrado por: maria.aubetiza

RECEBIDO

SABEM SEGURODA S.A.

26 JUN 2017

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE: José Marcolino de Oliveira

END.:

### Declaração

Pcte teve o sentimento de mal estar no dia 11/12/2016 com febre e mialgia e procurou no dia 13/12/2016. Tinha sinal flagrante no mi<sup>o</sup> esq medígero fmx liga 5000m ICP 40 46K (21cp) e dor profundo

Roxorcou no 19/12/2016 com edema intenso (4x4x4) no mi<sup>o</sup> esq e tique forte p/ cinturão de Russas p/ mal drenar. Repetiu total 3 vezes drenagem e desenhou o edema continuando tomar antibioticos e exames

### DENGUE

• Saiba que Dengue tem cura espontânea:

• Evite tomar AAS Diclofenacos

• Beba bastante água

• Use lençóis limpos

• Elimine focos da sua casa

• Procure o Hospital se surgirem sinais

• Dor de barriga que persiste;

• Vômitos frequentes em poucas horas

• Desidratação e suor intensas tonturas

• Seta dura que não passa

• Sangramentos de nariz, boca, urinárias ou fezes pretas

PALHANO

RECEBIDO  
13/12/2016

Dr. Antônio Shiroki  
INTERNO - CIVIL  
ASSINATURA

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

**SERVICO 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: JOSÉ LIMAUNO DE OLIVEIRA  
RG: 39.990.328.8 PROFISSÃO: AUX.SERV.GERAL (REVENTE)  
CID 10: S76.2 S76.4. I42.8

QUEIXA PRINCIPAL: DOR, TERRANTE E BLOQUEIO DO JOELHO ECO  
ARTITE SEPTICA DO JOELHO ECO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: DIA 11/12/16 SOBREP. QUEDA DE LIXAO MUNI-  
MOSER (COURAÇA COM PORE) ATENDIDO EM PSF DA PALTANO  
EM TRANSPORTE PARA OTE MUNICÍPIO - HOSPITAL  
TRATADO POR 2 DÍAS COM BANDA DE PENITENTE O QUE  
FOU A PRINCIPAL AO DANO MAIOR: ARTITE SEPTICA  
DO JOELHO ECO

INJECAO - CICATRIZES OPERATORIAS (DUAS PAR-  
TENO DE INJECAO NO TOTAL DE 11 CICATRIZES IN-  
TRATATIS E EM FASE DE CURA)  
MED - AMBULANÇA PASTA PIA  
PASTA PIA PICA -  
REABILITACAO LUCIFRA

DIAGNOSTICO: CLÍNICO  RADIOLOGICO  LABORATÓRIO  IMAGEM

- 0) OSTEOARTRITE OU ARTITE SEPTICA DO JOELHO ECO F.C.  
① BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO ECO  
② FASE DE CURA LUCIFRA - BLOQUEIO DA FLEXAO  
≥ 90° DO JOELHO ECO

PSF - PACIENTE VINDA DE ACIDENTE DE LIXAO MIN.  
① LIXAO 11/12/16

② TRAMADO COM MENAGENS CERVICAS **MATERNIDADE SEGURO DAS ASAS**  
③ ALTEZANTA BLOQUEIO DA FLEXAO DO JOELHO  
≥ 90°

④ INDICADA FISIOTERAPIA LUCIFRA  
⑤ ACTA APÓS ESTA CONSULTA: **28 JUN 2017**

**RECEBIDO**

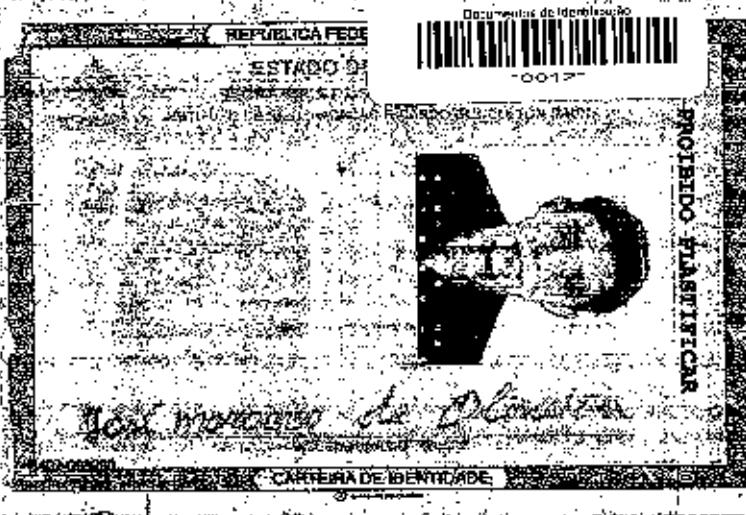
Francisco Pompino Peres

Francisco Pompino Peres  
Ortopedia Traumatologia  
CARIMBO DE TRABALHO - CRM/MEC 935  
fone: (88)3411-0027 / 3411-2774 - CNPJ: 00.655.267/0001-17

Passos 21/2/17

ASSINATURA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CEP:	39 990-128-8
DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/MAR/2006	
NOME: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA	
FILHO DE FRANCISCO LUIZ DE OLIVEIRA	
E ELIZABETE FERREIRA DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE: PALHANO - CE	DATA DE NASCIMENTO: 03/MAR/1978
DOC ORIGEM: PALHANO - CE	
PALHANO	CN-LV-A002/FLS-058V/N.001174
877324243/87	
ASSINADO PELA DIRETORA DA SELECAO	
LÉNIA HENRIQUE ZUCCARELLI	



CÓDIGO DE CONTROLE  
028E.02C6.9DC6.DD4B

A autenticidade destes comprovantes deverá ser confirmada na Internet no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Certifico que este documento é original.  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
de 10.10.2015 (Data e mês de emissão)

REGISTRO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

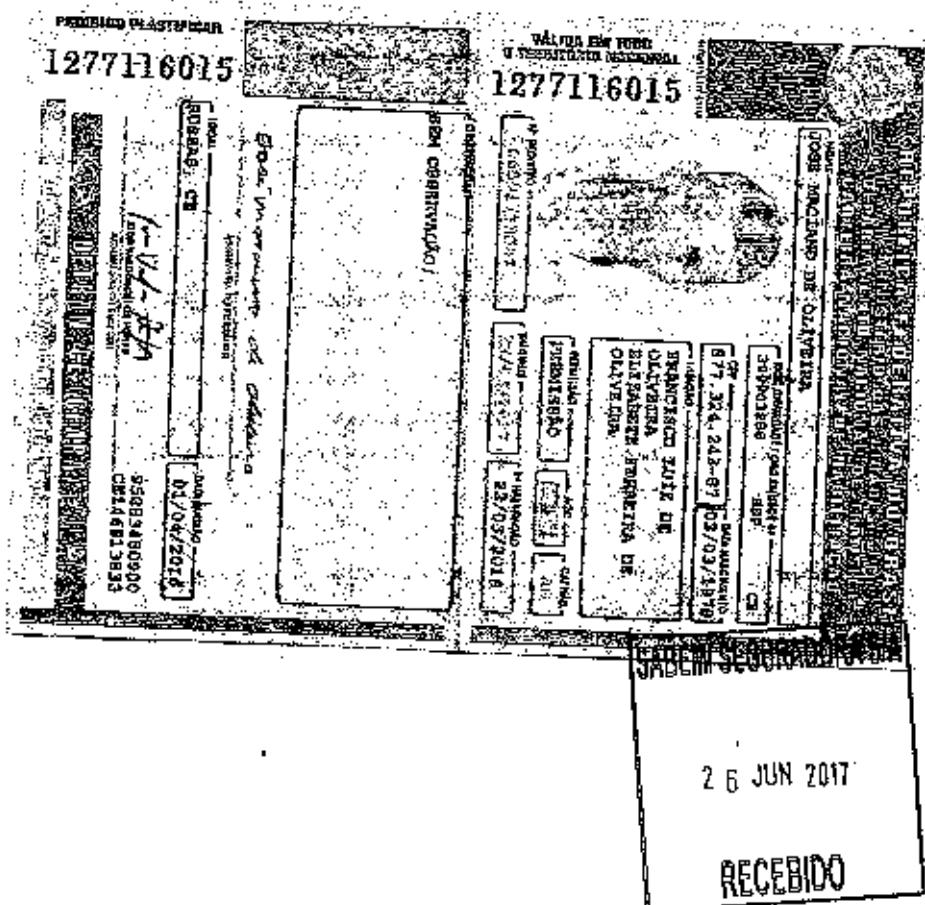
### **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**877.324.2437**

~~2008 MASTERS AND DRIVERS~~

**Mischwesen**  
**03/83/1978**

Além disso, deve-se considerar as seguintes:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

Nº 012262716244

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: CAL/01 COD. RENAVAM: 177686072 R. MTR.C: 0000000000 EXERCÍCIO: 2016

LUIS LUCAS DE OLIVEIRA

RUSSAS/CE

CPF / CNPJ:

PLACA:

91643457349

HYZ5320

PLACA ANTO/UF/ME:

CHASSI:

\*\*\*\*\*/CE

BC2KC1550ARD23287

ESPECIE/REF: PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA

COMBUSTIVEL:

CASOLINA

MARCA / MODELO:

HONDA/CG 150 FAN ESTI

ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010

CAP / POT / CIL:

2P/0CV/149CC

CATEGORIA:

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

PRETA

I - COTA UNICA:

\*\*\*\*\*,\*

VENC. COTA UNICA:

\*\*/\*\*/\*

VENG / COTAS:

1\* \*\*\*\*

P - FAIXA LEVA:

\*\*\*.

PARCELAMENTO / COTAS:

\*\*\*\*\*,\*

2\* \*\*\*\*

3\* \*\*\*\*

V - PREMIO TARIIFARIO (R\$):

286.75

IOF (R\$):

11

PREMIO TOTAL (R\$):

292.01

DATA DE PAGAMENTO:

08/11/2016

OBSERVAÇÕES:

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

RUSSAS

LOCAL:

ruas

Santos/SP/Brasil

EXPEDIDOR: DETRAN/CE

09/11/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO

OS PROPRIETÁRIOS DE VÉHICULOS SÃO OBLIGADOS A CONTRIBUIR COM O SEU VALOR

CE Nº: 012262716244 - BILHETE DE SEGURO DP

2016

81643457349 - BILHETE DO SEGURO DP

DATA DE EMISSÃO: 09/11/2016

DATA DE EXPIRAÇÃO: 09/11/2017

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF: 11 - PREMIO: 292.01

VALORES DE SEGURO: 286.75 - IOF:

# 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
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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.

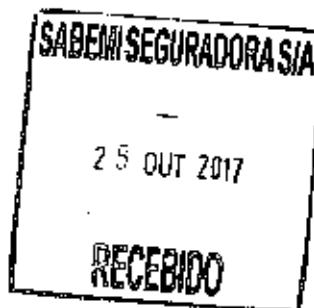
Quero salientar que no momento do acidente fui socorrido por populares, que me levaram para minha residência. Devido à gravidade das lesões, principalmente do joelho esquerdo, procurei a assistência na unidade de saúde de Palhano no dia 13/12/2016, sendo orientado a procurar o Hospital e Casa de Saúde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



**SERVÍCIO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA ÓSTEO 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**

NOME: JOSÉ MARIZIANO DE SOUZA  
RG: 39.990.328-8 PROFISSÃO: ADM-SER.GEN (revende)  
CID 10: S76.2 S76.4 I42.5

**QUEIXA PRINCIPAL:** DOR, DESORDENAS E BRONQUITE AO FIM DO DIA.  
ANAMSE SÉPTICA AO PÉS E ESCALFANTE.

**HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:** DIA 11/12/16 SOBREVE QUEDA DE HERDOS AUS.  
MOTOR (CABO DE CORPO) APENAS 100% PSC NO PÁTHANO  
Foi TRANSFERIDO PARA ESTE MUNICÍPIO - HOSPITALIS  
DETRADUO POR 2 VENES COM RISCO DE PENDRER O CIE  
POA A PROBABILDA DE ATINGIR MAIOR: ANAMSE SÉPTICA  
AO FIM DO DIA.

**INSCRIÇÃO - CRIVATIZES OPERACIONAIS** (MAS PODE  
SER 0% DE EFECÇÃO NO TOTAL DE 11 CICLAMINES DE  
TODAS E EU FAZER DE SANGUE).

**LED - ANAMSE SÉPTICA PASTA PIA**  
} PISCOTERAPIA -  
} REABILITACAO LUMBAR

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO  RADIOLÓGICO  LABORATÓRIO  IMAGEM

6 OSTEOMALCIA OU ARTRITE HÍPERICA - B. PELVO ECO. F.C.

① BLOCADO DA PLEXO DA PERNAS ECO

② PATE DE SENSIBILIDADE - BLOQUEIO DA PLEXO  
 $>90^\circ$  DE PERNAS ECO

7 PACIENTE VINDA DE ACIDENTE DE VEICULO AUTOMOTOR

① LUGAR 11/12/16

② TAMBÉM COM LESÕES CERÂVICOGÁSTRICAS

③ APRESENTA BLOCADO DA PLEXO DA PERNAS  
 $>90^\circ$

④ INJETADO FÍBROBLASTOS MIGRA

⑤ HORA APÓS ESTA CONSULTA : 11/11/16

Assinatura Francisco Faria Ribeiro Datas 21/2/14



UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE: Orfe Morelano de Oliveira

END.:

Dados paciente

### Doença:

Pete tive acidente de moto  
no dia 11/12/2016 contusão no  
peito e m<sup>isq</sup> e procurou no dia  
13/12/2016. Tinha mal fluxo gástrico  
no m<sup>isq</sup> maligno férias socia  
(cpus 761 (210) e 100 profissio

Retornou no 19/12/2016 com edema  
intenso (t<sup>ff</sup>/f<sup>ff</sup>) no m<sup>isq</sup> e trouxe  
férias cirurgia de Russas p/ instalar  
drenagem. Realizou total 3 vez  
drenagem e desenchonou o abdômen  
continuando tomar antibioticó c/ d<sup>ex</sup> 500mg 4xdia.

### Sintomas:

Selva que  
Depois tem cura  
oporitânea:  
Sólo tomar AAS  
Drenamento

Baba bastante águia  
e muitas fezes

Procurar o Hospital  
de ouviram alento

DO:

Dor de barriga que  
não desce;

Muitas frequentes  
compridas horas

Perda de suor  
muito fadiga

Muito sede que  
não desce.

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

PALHANO

13022017

Dr. Hiroshi Shioya  
Médico - Cirurgião

ASSINATURA

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 esquerda tendo sido necessário a realização de drenagem por ter criado água; Que têm como testemunhas as pessoas de FRANCISCO RODRIGUES BESSERRA e ANDRÉ MARCOS DE LIMA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *José Maciano de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) : *[Assinatura]*

BRUNO SILVA - MAT.: 30084616  
SEGURADORA S/A

27 DEZ 2017

RECEBIDO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**CUTORGANTE:**

Nome: JOSE MARCIANO DE OLIVEIRA  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CASADO  
 Profissão: SERVENTE  
 Identidade: 39.990.328-8 CPF: 1877324243187  
 Endereço: SETTO FAÍSCA S/N - PALHANO

**CUTORGADE:**

Nome: FRANCISCO ROGÉRIO LIMA  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CASADO  
 Profissão: ANGARINADOR  
 Identidade: 20050300194-53 CPF: 41547692003-63  
 Endereço: AV. DOM LINO N°1353

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeado e qualificado como acima mencionado procurador e outorgante adiante especificado, a quem couber para representar-me perante a SEGURADORA LIDER, referente ao Seguro Obrigatório - OFVAT

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



José Marciiano de Oliveira  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECIDA FÉMIA POR AUTENTICIDADE)

