

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE:    MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

BANCO:        001

AGÊNCIA:    01409-5

CONTA:        000010006384-5

---

Nr. da Autenticação D1F8D72A920F4AC6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342662 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA **Data do acidente:** 31/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Contusão em polegar direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11221042

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170342662 ASL-0237027/17

Vitima: IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA

Data Acidente: 31/03/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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 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, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230242

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Sinistro: 3170342662 ASL-0237027/17  
Vítima: IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA  
Data Acidente: 31/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11286672

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170342662 ASL-0237027/17

Vitima: IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA

Data Acidente: 31/03/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- 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 Outubro de 2017

Carta nº: 11752715

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

**Sinistro:** 3170342662 ASL-0237027/17  
**Vítima:** IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA  
**Data Acidente:** 31/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11840648

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Sinistro: 3170342662 ASL-0237027/17  
Vítima: IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA  
Data Acidente: 31/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001409-5

Conta: 000010006384-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
----------------------------------------	-----	--------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



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, MARCOS AUGUSTO RODRIGUES FERNANDES  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3295976-92 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 08/11/91  
 CPF 003164393-00 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO Desempregado  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fruita Imunio ORIZO 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 14095 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6384-3

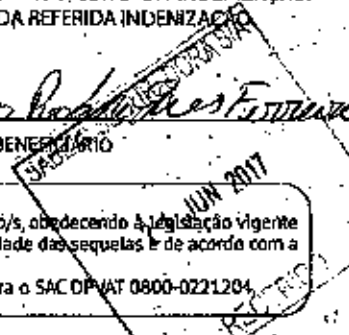
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Marabá, 04 de Abril de 2016  
 LOCAL E DATA

Marcos Augusto Rodrigues Fernandes  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## 1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/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 médico-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.





SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
ADJÁ-ATENDIMENTO 17.11.02  
289

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA  
DA CONTA CORRENTE PARA PIS/PASEP

DEBITADO  
AGÊNCIA: 1409-5 CONTA: 23.524-5  
CLIENTE: ANTONIO C P OLIVEIRA

FAVORECIDO  
AGÊNCIA: 1409-5 CONTA: 8.384-3 VAR: 51  
CLIENTE: MARCUS AURELIO R FERREIRA  
VALOR: 0,00

TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**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): Izuita Maria Erminio Ferreira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pro Luis Gonzaga, 1135  
Sao Francisco Nova Russas CE CEP: 62200-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SEDS / CE ] 20085195957  
Data local do exame: [ 10/10/2017 ] Crateús [ 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 POLEGAR DIREITO  
LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR**

- 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 APRESENTANDO DOR E EDEMA NO POLEGAR. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR**

Data da alta: 15/09/17

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR**

**Complicações: SEM**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 POLEGAR 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**DEDO POLEGAR - Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 178 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
Data / Hora da Comunicação: **09/03/2016 10:25:04**  
Data / Hora da Ocorrência : **31/03/2015 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R PROFESSOR LUIS GONZAGA**

**SÃO FRANCISCO NOVA RUSSAS /CE**  
Ponto de Referência: **ESCOLA CORNELIO ROSA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA**  
Nascimento : **06/06/2005**  
REGISTRO CIVIL: **19710** Órgão Emissor: UF: - CPF:  
Filiação: **MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA**  
**IVANEIDE PAIVA HERMINIO**  
Endereço: **R PROFESSOR LUIS GONZAGA 1135**  
**SÃO FRANCISCO**  
**NOVA RUSSAS CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

INFORMA O DECLARANTE QUE SUA FILHA DE NOME IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA, 10 ANOS DE IDADE, ESTAVA ANDANDO NA RUA COM DESTINO A AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM SEU COLÉGIO; QUE UM CAMINHÃO ESTAVA ESTACIONADO NA RUA, MOMENTO EM QUE IZUITA FOI PELA CALÇADA PARA NÃO ANDAR NO MEIO DA PISTA; QUE DUAS MULHERES EM UMA MOTOCICLETA AO VIR O CAMINHÃO COMEÇARAM A ZINGUE ZAGUEAR A MOTOCICLETA E VIERAM DE ENCONTRO COM IZUITA, MOMENTO EM QUE A ATROPELARAM; QUE AS DUAS MULHERES FUGIRAM NA MOTOCICLETA; QUE IZUITA FOI SOCORRIDA PELO AMIGO EMANUEL QUE A LEVOU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS; QUE ATÉ HOJE NÃO SABE QUEM FORAM AS AUTORAS DO ATROPELAMENTO QUE VITIMOU SUA FILHA IZUITA; QUE O ACIDENTE RESULTOU EM UM TRAUMA NO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

**Noticiante(s)**

Nome : **MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA**  
Endereço : **R PROF. LUIS GONZAGA 1135**  
Bairro : **BOA VISTA**  
Município/UF : **NOVA RUSSAS CE BRASIL** Telefone:





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 178 / 2016**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO WAGNER GOMES RODRIGUES - MAT.: 198842-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Marcelo Aurélio Rodrigues Ferreira*

VISTO DO DELEGADO(A):

OTAVIO DUARTE VIEIRA COUTINHO - MAT.: 300523-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARCOS AURELIO RODRIGUES FORTUNA, portador da carteira de identidade nº 3245476-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 873164293-0, residente e domiciliado na R. PROF. LUIZ SOARES 1135, Cidade NOVA RUSSAS, Estado CE, 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.

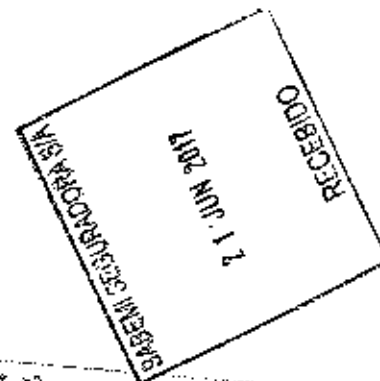
Marcos Aurélio Rodrigues Fortuna

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

NOVA RUSSAS 31.03.2016

Local e data





As Carlos R. 704 0014 + 580 3265  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVAS RUSSAS  
SSM - Secretaria de Saúde do Município  
SUS - Sistema Único de Saúde

14:03

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

RG 20085/9595-7

Nº 36

Data 31.03.15

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Osvaldo Maria Amintas Ferraz  
Est. Civil: mp Sexo: M Data do Nasc: 05.05.05 Idade: 9A  
Naturalidade: N. Barros  
Procedência: com Prof.: pludante  
Residência: R. prof. Luiz Gonzaga - Alto do Uale  
Filiação: pai - José Maria - mãe - Osvaldo Maria Ferraz  
Cônjuge: mar homem - Osvaldo Maria Ferraz

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Transtorno de ansiedade - 2 dias antes de  
atropelamento - (SUS)

4. PESO KG: 5. P.A. 6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

Transtorno de ansiedade  
Ass. do Paciente ou Responsável

[Assinatura]  
Assinatura do Médico





**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS** **CONTA D'ÁGUA**  
 Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62-200-000  
 Nova Russas - CE - Fone: (88) 3672.1212  
**INSC. EST. : ISENTO**  
**INSCRIÇÃO: 0167502.8** **PAR \*\*\* R-1 001 01/10/08 033980216 16/02/16** **MÊSPAT: 02/2016**  
**IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR**

**ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA**  
**RUA HERMENEGILDO MARTINS, 323**  
**PATRONATO**  
**NOVA RUSSAS** **CEARA**  
**LOCALIZAÇÃO**  
**00.00.02.0000010170**  
**ENDEREÇO DE ENTREGA** **LOCALIZAÇÃO**

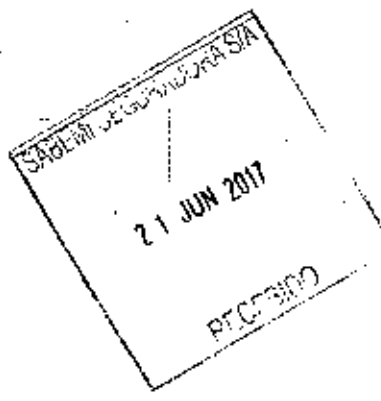
HIDROMETRIA			SERVIÇOS E TARIFAS			
HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO	COG	DESCRIÇÃO	CT	PREST	VALOR
434486	03/09/2008	001	ÁGUA			21,56
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA	002	ESGOTO			10,78
001467	07/01/2016	016	MULTA POR ATRASO - 11/2015	50%	01	0,96
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA	017	ENCARGOS (11/2015)	58 DIAS	01	0,59
001478	03/02/2016	016	MULTA POR ATRASO - 12/2015		01	0,80
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO	017	ENCARGOS (12/2015)	24 DIAS	01	0,24
00011	027					
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA					
000	001					

DETENHO CONSUMOS			PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
MÊSPAT	DATA	COG	MÊSPAT	CONG	DETER	Potência 519 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos			
AGO/15	00016	00	SET/15	00013	00	Reservatório	Cor	pH	Cloro
OUT/15	00018	00	NOV/15	00016	00	Parâmetros	Turbidez	Flor	Cob. Total
DEZ/15	00013	00	JAN/16	00016	00	Padrão	at 150H	6,0 a 8,5	at 5,0
MEDIA	00015					Cloro	at 5,0	at 1,5 mg/l	Ausente

**MENSAGENS**

**MULTA** **ENCARGOS DIÁRIOS** **MÊSPAT EM DÉBITO**  
**24 0,70 0,03% 0,01 JAN/16**  
**VENCIMENTO 01/03/2016 VALOR R\$ 34,92**  
**CONSUMIDOR**

**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS**  
 Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62-200-000  
 Nova Russas - CE - Fone: (88) 3672.1212  
**INSCRIÇÃO: 0167502.8** **NOME: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA** **MÊSPAT: 02/2016**  
**END: RUA HERMENEGILDO MARTINS, PATRONATO** **LOCALIZAÇÃO**  
**NOVA RUSSAS - CEARA** **00.00.02.0000010170**  
**VENCIMENTO: 01/03/2016 VALOR R\$ 34,92**  
**02.16.02.01675.03398**  
**82680000000.0 34920264021.6 60201675033.6 98000000000.3**  
**BASE NÃO RASURAR AUTENTICAÇÃO NO VERSO**







**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 9.813/98.

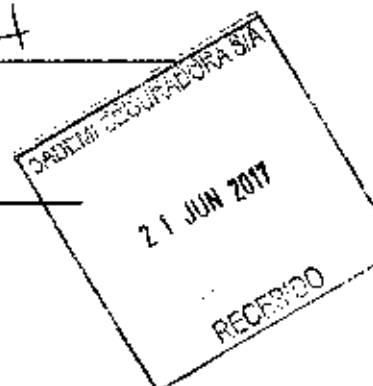
Pelo exposto, eu ANTONIO ELIEZIO DELGUA OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 95002285165, expedido por SSP-CC, em 16/10/14, CPF/CNPJ nº 416.362.523-20

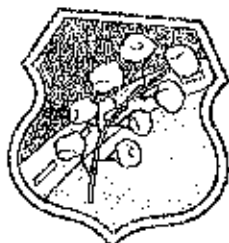
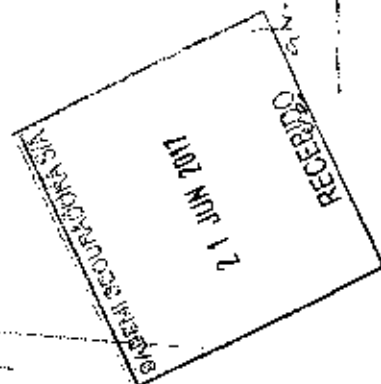
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA do sinistro de DPVAT da natureza AVULSO da vítima IZUITA ERMINIO FERREIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: nuovo Renda Mensal: R\$ nuovo

Documentos comprobatórios: CNH

[Assinatura]  
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





AS 10:40 21/06/2017 + 3803265  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS  
SSM - Secretaria de Saúde do Município  
SUS - Sistema Único de Saúde

14:03

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

RG 20085/9595-7

Nº 36

Data 31.03.15

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Guilherme Maria Américo Ferraz  
Est. Civil: mp Sexo: M Data do Nasc: 05.05.05 Idade: 9A  
Naturalidade: N. Russas  
Procedência: com Prof: plumbeiro  
Residência: R. prop. Lina Gonzaga Alto do Galo  
Filiação: por maria Guilhermina Ferraz  
Cônjuge: mar domide Pedro Américo

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Travessia poligra - 2 dias de  
atropelamento. (sic)

4. PESO \_\_\_\_\_ KG:

5. P.A. \_\_\_\_\_

7. EXAMES SOLICITADO: \_\_\_\_\_

6. TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

Ass. de Pura Remoção  
Ass. do Paciente ou Responsável

[Assinatura]  
Assinatura do Médico

[illegible]

500 Weber-Kendall Analysis  
1988 - 1998

21 JUN 2017

SECRET



**NOVA  
RUSSAS**  
GOVERNO MUNICIPAL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS**

Secretaria de Saúde do Município - SSM

Sistema Único de Saúde - SUS

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_



### RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que  
Sra. Maria Ercilene Ferreira foi vítima  
de acidente de trânsito, ocorrido em  
31/03/15, apresentando lesão fratura  
no polegar - D, com determinação de 50%,  
obteve-se a fratura conservadora,  
encontra-se de alta definitiva.



15 / 09 / 17

Data

Carimbo de Assinatura

"O mosquito *Aedes aegypti* é transmissor da dengue, chikungunha e zica.  
Se o mosquito pode MATAR, ele não pode NASCER."

AA-448757



República Federativa do Brasil

Estado do Ceará

Município e Comarca de Nova Russas

**CARTÓRIO BEZERRA - 1º OFÍCIO DE NOTAS**

CNPJ nº 06.572.654/0001-69

Av. Antonio Joaquim de Sousa, nº 1233 - Telefone: (88) 3692-1766 - Nova Russas - Ceará

**ANTÔNIO RÉGIS ARAUJO BEZERRA**

Escrivente Substituto,

respondendo pelo expediente do Cartório do 1º Ofício, conforme Portaria nº 07/2003

**MARIA FRANCILEIDE RIBEIRO DE ARAUJO**

Escrivente Compromissada

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Certifico que às fls. 05v, sob nº 19.410, do livro A- 12,  
foi lavrado aos 06 de junho de 2005, o assento de nascimento de  
Izuita Maria Erminio Ferreira, de sexo  
feminino, nascido(a) no dia 06 (seis) de maio  
de 2005 (dois mil e cinco), às 16 h 20 min,  
em Nova Russas, Comarca de igual nome, Ceará,  
filho(a) de Marcos Aurélio Rodrigues Ferreira e de  
Francide Paiva Erminio. São avós paternos:  
Francisco Alves Ferreira e Izuita Rodrigues  
Ferreira, e maternos:  
Francisco Erminio e Maria Luiza Paiva  
Erminio. Foi declarante o(a)  
pai da registrada. Serviram de testemunhas:  
as constantes no termo

OBSERVAÇÕES: Nenhuma

O referido é verdade e sou fê.  
de 2005.

Nova Russas, CE., 06 de junho

**ANTÔNIO RÉGIS ARAUJO BEZERRA**

Escrivente Substituto

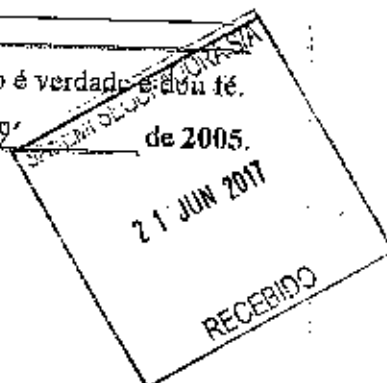
**MARIA FRANCILEIDE RIBEIRO DE ARAUJO**

Escrivente Compromissada

1º Ofício

Nova Russas

Ceará



Documentos de Identificação

• ၇၀၁၃

WOLFGANG PETER  
B. 1904-05-19  
1004651937

PHOBIA PLASTICAR  
1004651937

SAZIMOTOKO SIA  
21 JUN 2017  
RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3245476-97 DATA DE EXPEDIÇÃO 08.11.97

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Francisco Alves Ferreira  
Izuita Rodrigues Ferreira

Nova Russas-CE 01.07.1966

Cert.Nasc.28.975;lv.A-37;fls  
-184.Cart.Nova Russas-CE

LS N. 7.16 DE 29/08/93

REPÚBLICA FÉD

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação

0012

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

*Rep. Legal*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

No. de Inscrição

873164393-00

Data do Nascimento

01/07/66

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 28/03/99

RECEBIDO

21 JUN 2017



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342662 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA **Data do acidente:** 31/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** contusão em polegar direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Solicito relatório médico final para melhor entendimento das possíveis sequelas pelo trauma e suas possíveis quantificações.

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342662 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IZUITA MARIA ERMINIO FERREIRA **Data do acidente:** 31/03/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO POLEGAR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO POLEGAR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/10/2017

**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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PROCURAÇÃO



## OUTORGANTE

NOME:	MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	MÃO DE OBRA
IDENTIDADE:	3245476-97
ENDEREÇO:	

## OUTORGADO

NOME:	ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO
IDENTIDADE:	95002285/65
ENDEREÇO:	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

NOVA PIRASSAS. 31.03.2016.

LOCAL E DATA



Marcos Aurélio Rodrigues Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

