

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, 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 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, 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.

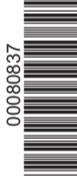
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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!

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.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta n°: 11840648

A/C: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

Sinistro: 3170342662 ASL-0237027/17
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURODORA

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 Aurélio Pompéu Fernandes, PORTADOR(A) DO RG N3245976-92, EXPEDIDO POR SSP/SC, EM 08/11/92, E CPF 0043464393-00 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO trabalhador E RENDA MENSAL DE R1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Imputa imputa. AUTORIZO A SEGURODORA 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 segurado, 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, MEL, 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 qualquer 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), 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 POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: 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) _____

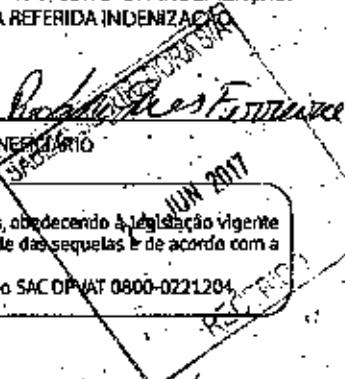
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1409-5 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Marco Aurélio Pompéu Fernandes
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 ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$11.500,00 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.

— SISTEMA DE INFORMAÇÕES MÍDIA DO BRASIL
— 15. AUDIÊNCIA-ATENDIMENTO 17.11.02
289

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA
DA CONTA CORRENTE PARA PRUPANCA

DEBITADO
AGÊNCIA: 1409-5 CONTA: 23.524-6
X TITULO: ANTONIO C P DE IVEIRA

PAVORECDO
AGÊNCIA: 1409-5 CONTA: 6.364-3 VAR: 51
CLIENTE: MARCUS AURÉLIO R FERRAZ
VALOR: 0,00

TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pelo 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 Vítimas 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?

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 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)?

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

"Exame não permite conclusão"

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):

DEDO POLEGAR - Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% do dano: 10% residual 25% leve
 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

SAO 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**

SAO 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.

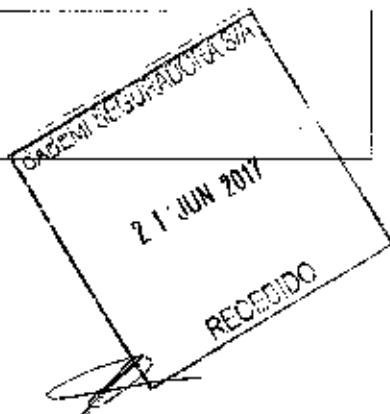
Noticiante(s)

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 N° 510 - 178 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Marco Aurélio Rodrigues Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A):

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



Declaração do Instituto Médico Legal - IML



Eu, Marcos Aurélio Rodrigues Forniro, portador da carteira de identidade nº 3245476-91 e inscrito no CPF/MF sob o nº 873164793-0, residente e domiciliado na R. Prof. Luiz Soárez 1135, Cidade Nova Russas, 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.

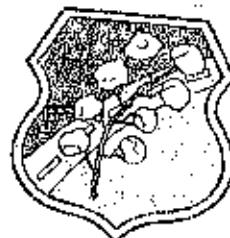
Marcos Aurélio Rodrigues Forniro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

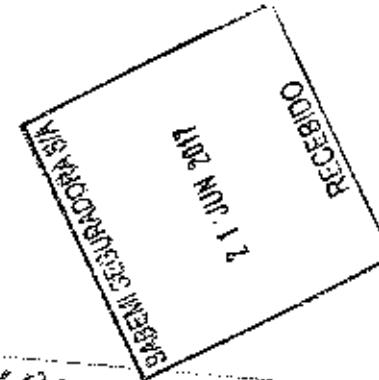
Nova Russas 31-03-2016

Local e data





Comprovado de dia certeirão
00005*



AS 26/03/2011 14:03 3265
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOV. AÇUAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

14:03

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

RG 2008519598-7

Nº

36

Data 31/03/15

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Joelito marcos Geminio Fermino
Est. Civil: meu Sexo: masculino Data do Nasc: 05/05/05 Idade: 91
Naturalidade: VIdeiros Prof.: eletricista
Procedência: CONV
Residência: R. prof. Dr. Luiz Gonzaga - Alto do Vale
Filiação: filho de prof. Dr. Luiz Gonzaga - Alto do Vale
Cônjugue: marido de marcos Geminio Fermino

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: trouxe paciente - 2 dias atrás de
afogamento - (500)

4. PESO KG:

S.P.A.

6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

Exame de urina feito
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



Comprovante da Conta de Água

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS **CONTA D'ÁGUA**
SAAE Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62.200-000
 Nova Russas - CE - Fone: (66) 3672-1212
 HORAS PÁSSEIS: 00.007.690.399/0001.29 Inac. Est.: **ISENTO**
 INSCRIÇÃO: 0167502.8 CLE CAT TAR ECO INCLUSÃO EM NF/CONTA EMISSÃO MÊS/PAT. 0167502.8 PAR *** R-1 001 01/10/08 033980216 16/02/16 **02/2016**

ANTONIO ELIBZIO PEREIRA OLIVEIRA
 RUA HERMENEGILDO MARTINS, 323
 PATRONATO
 NOVA RUSSAS

CEARA

LOCALIZAÇÃO
00.00.02.0000010170

ENDERÉCOS DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDRÔMETRO		DATA INSTALAÇÃO	000	SERVICOS E TARIFAS	CT	PRES	VALOR
4244856		09/09/2008	001 AGUA				21,56
LEITURA ANTERIOR		DATA LEITURA	002 ESGOTO 508			10,76
001467		07/01/2016	016 MULTA POR ATRASO - 11/2015		01	0,96	
LEITURA ATUAL		DATA LEITURA	017 ENCARGOS (11/2015)	58 DIAS	01	0,69	
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		02T					
OCORRÊNCIA		LEITURISTA					
	000	007					

DETALHAMENTO DE CONSUMOS				
MÊS/FAT.	DOMS	DOMR	MÊS/FAT.	CONS.
AGO/15	00016	00	SET/15	00013
OUT/15	00018	00	NOV/15	00016
DEZ/15	00013	00	JAN/16	00016
MÉDIA:	00015			

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA							
Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos							
Reservatório	Parâmetros	Car	pH	Cloro	Turbidez	Fior	Col. Total
	Padrão	até 15W	6,0 a 8,5	até 5,0	até 15 mg/l		
	Outros						Ausente

MULTA: 24 0,70 ENCARGOS DIÁRIOS: MÊS/001 MÊS/001 EM DÉBITO: 0,03% 0,01 JAN/16

VENCIMENTO **01/03/2016** **VALOR R\$** **34,92**

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS
 Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62.200-000
 Nova Russas - CE - Fone: (66) 3672-1212
 INSCRIÇÃO: 0167502.8 NOME: **ANTONIO ELIBZIO PEREIRA OLIVEIRA**
 END: **RUA HERMENEGILDO MARTINS, 323**
NOVA RUSSAS - CEARA

VENCIMENTO: **01/03/2016** **VALOR R\$** **34,92**

02.16.02.01675.03398
 82680000000.0 34920264021.6 60201675033.6 98000000000.3

NAME: NÃO RÁTURÉ: AUTENTICAÇÃO NO VERSO:



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.

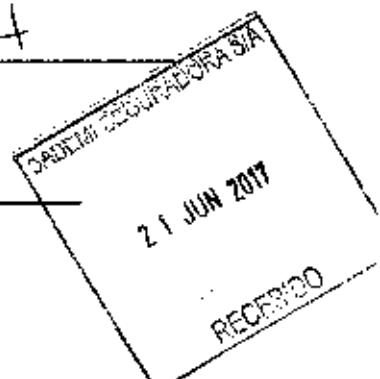
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.813/98.

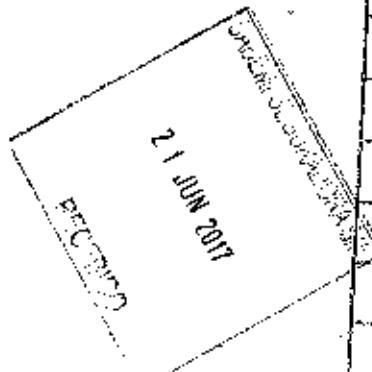
Pelo exposto, eu ANTONIO ELIEZER DELENA OCIOU, portador(a) do RG nº 95002285165, expedido por SSP-CC, em 16/10/14, CPF/CNPJ nº 416.362.523-20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) IZUITA MARIA CRMINIO FOLEIRA da vítima IZUITA CRMINIO FOLEIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Mercadoria Renda Mensal: R\$ 1000,00

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO







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: _____

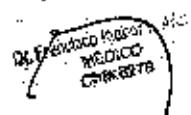
SABEMI SEGURADORA S/A

15 SET 2017

RECEBIDO

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que
Joice Maria Enciso Ferreira falecida
de acidente de trânsito, ocorrido em
31/03/15, apresentando lesão fráxite
no polegar - I, com deformidade da 50%,
obstruindo a função conservadora,
encontra-se de alta definitiva.



15 / 09 / 17

Data

Carimbo de Assinatura

"O mosquito Aedes aegypti é transmissor da dengue, chikungunya e zika.
Se o mosquito pode MATAR, ele não pode NASCER."



vítima

República Federativa do Brasil

Estado do Ceará

Município e Comarca de Nova Russas

CARTÓRIO BEZERRA - 1º OFÍCIO DE NOTAS

CNPJ nº 06.577.654/0001-69
Av. Antônio Joaquim de Souza, nº 1233 - Telefone: (88) 3692-1766 - Nova Russas - Ceará

ANTÔNIO RÉGIS ARAUJO BEZERRA

Escrevente Substituto,
respondendo pelo expediente do Cartório do 1º Ofício, conforme Portaria nº 07/2003
MARIA FRANCILEIDE RIBEIRO DE ARAUJO
Escrevente Compromissária

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 05v, sob nº 19.710, do livro A-12,
foi lavrado aos 06 de junho de 2005, o assento de nascimento de
Izuita Clária 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 Flárcio Sávio Rodrigues Ferreira e de
Francicleide Paiva Erminio. São avós paternos:
Francisco Alves Ferreira e Izuita Rodrigues
Ferreira e maternos:
Francisco Erminio e Clária Lúcia Paiva
Erminio. Foi declarante o(a)
pai da registrada. Serviram de testemunhas:
as constantes no termo.

OBSERVAÇÕES: Nenhuma

Nova Russas, CE.,

06

de

junho

de 2005.

21 JUN 2017

RECEBIDO

ANTÔNIO RÉGIS ARAUJO BEZERRA
-Escrivente Substituto-

MARIA FRANCILEIDE RIBEIRO DE ARAUJO

Escrivente Compromissária
1º Ofício

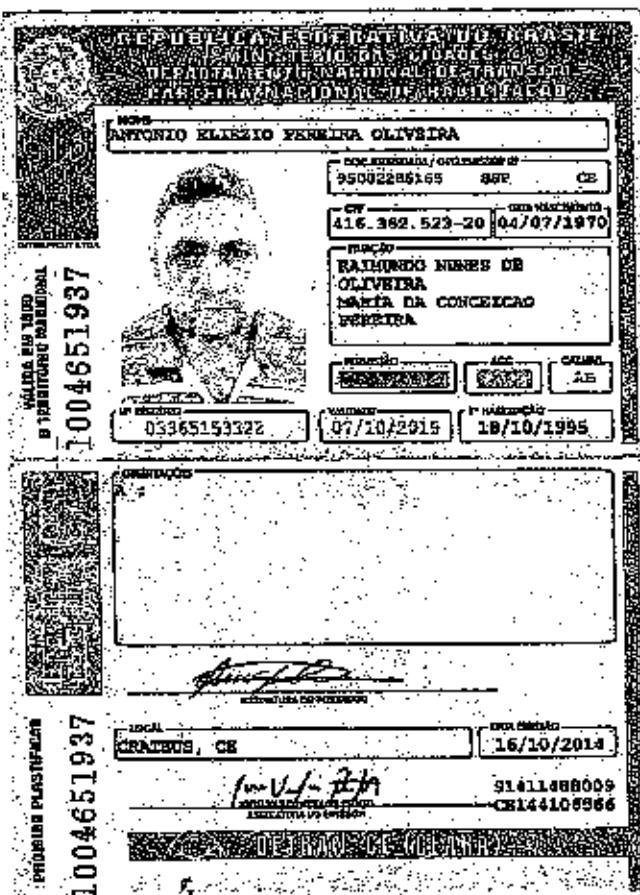
Nova Russas

Ceará





-८०१-



1004651937

SAC-ML 2017-06-21 14:54

21 JUN 2017

RECEIVED

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

USIN 7.10 DE 2010833



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Name: MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

No. de Inscrição: 873164393-00 Data de Nascimento: 01/07/65

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e válida por trinta dias, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: Marcos Aurelio Rodrigues Ferreira

MARCOS AURELIO RODRIGUES FERREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 28/03/18



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, predizer 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:	NAO DEclarou
IDENTIDADE:	3245-476-77
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

NOME:	ANTONIO ELEZIO PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
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.

Non Russas, 31.03.2016.

LOCAL E DATA



Marcos Aurelio Rodrigues Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

21 JUN 2017

REC 200

RUSAS 1º OFÍCIO CARRIÃO NOVA RUSAS 1º OFÍCIO	
Reconheço a(s) firma(s) de <u>Marcos Aurelio Rodrigues Ferreira</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> por autenticidade () por semelhança <input type="checkbox"/> de teste <input type="checkbox"/> da verdade.	
Non Russas - 31/03/16	
Autenticação: <u>Paulo Henrique - Substituto</u> Assinatura: <u>Paulo Henrique - Substituto</u> Data: <u>21/06/2017</u> Autenticação com Selo de Autenticidade	
NP - 82715176	