

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180439311**

Vitima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Data do Acidente: **21/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439311**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13395268



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**

Sinistro: **3180439311**
Vítima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**
Data do Acidente: **21/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

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 3180439311** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO IRIS DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180439311**
Vitima: **ANTONIO IRIS DA SILVA**
Data do Acidente: **21/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180439311**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL —	CPF da Vítima 173278558-90	Nome completo da vítima Antonio Iris da Silva
--------------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio Iris da Silva		CPF titular da conta 173278558-90	Profissão pedreiro
Endereço Rua Maria Julia P. Landim		Número 2188	Complemento —
Bairro Santa Teresa	Cidade Solonopole	Estado CE	CEP 63620-000
Email diogeneseazevedo@gmail.com			Telefone (DDD) 88-999200771

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome Banco do Brasil S.A.		NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 1150	D/V 9	CONTA NRO. 13909	D/V 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

20 SET. 2018

Solonopole-CE 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Antonio Iris da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24/07/2018 - BANCO DO BRASIL S.A.
0115072818 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.14.26

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1150-9 CONTA: 13.900-2
CLIENTE: ANTONIO IRIS DA SILVA

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

2.0 SET. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 396 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/07/2018 15:15:53**Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2018 19:20:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO NOBREZA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SOLONOPOLE/CE**Ponto de Referência: **APOS A PONTE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANTONIO IRIS DA SILVA**Nascimento: **15/07/1974** CPF:RG: **247780364**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA IVANNETE DA SILVA****LUIZ LIMA DA SILVA**Endereço: **RUA MARIA JULIA PINHEIRO LANDIM, 2188**Bairro: **SANTA TEREZA**Município: **SOLONOPOLE/CE**CEP: **63.620-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99735-6968****Histórico**

AFIRMA O REGISTRANTE QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA REFERIDOS ESTAVA INDO GUIANDO SUA MOTO DE PLACA PNI 4044/CE, COM CHASSI Nº 9C2JB0100HR264801, LICENCIADA EM SEU NOME, QUE SE DESTINAVA AO DISTRITO DE CANGATI, QUANDO APÓS A PONTE DA NOBREZA NA ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO (SOLONOPOLE/CE), UMA VACA DE COR ESCURA ATRAVESSOU A PISTA DA ESQUERDA PARA DIREITA, E QUE NÃO FOI POSSÍVEL O REGISTRANTE DESVIAR, VINDO A COLIDIR NO CITADO ANIMAL, COMO CONSEQUÊNCIA TEVE UMA PANCADA FORTE NO BRAÇO DIREITO, CAUSANDO INCHAÇO. NADA MAIS DISSE DANDO-SE POR ENCERRADO ESTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**JOSÉ IRAPUAN GUERRA PESSÔA
JOSÉ IRAPUAN GUERRA PESSÔA - MAT.: 012816-1-5**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**ANTONIO IRIS DA SILVA**VISTO DO DELEGADO(A) :**Pollyana**POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313**

AUTENTICAÇÃO
Autêntico a presente original por ser reprodução fiel do original em que foi baseado. Dou fé.
Solonopole, 24/07/2018.
Em testemunho da verdade:
☐ José Fernandes Filho - Titular Intendente
☐ Ana Teima Pinheiro - Substituta
☐ Diana Maria Pinheiro - Substituta
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Comp. Inform. e Autenticação
☐ Isabela Pinheiro de Moraes - Esc. Autenticação

LÍBIA CORRETOURA D:**20 SET. 2018****Ass:**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Iris da Silva

CPF da Vítima

173278558-90

Data do Acidente

21.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antonio Iris da Silva

CPF do Representante legal

173278558-90

Email

diogenesazevedo@gmail.com

Telefone (DDD)

88-999200771

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Solonopole - CE, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

20 SET. 2018

Antonio Iris DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ass:

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I D A O

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 135490-1-x, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU; Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a vítima é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze (2014)


MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR

Escrivão de Polícia

Miguel Arcanjo Frota Júnior
Escrivão de Polícia
Matrícula 135490-1-x

LIBIA CORRETORA DE SÊG. LTDA

20 SET. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO IRIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000013909-2

Nr. da Autenticação DDCC5A1F9DEE6A0D



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Cachoeira Riacho do Sangue, 167 - Centro - Solonópole/CE
Cep.: 63.620-000 - CNPJ: 07.852.676/0001-52
Fone: (88) 3518-1327 / (88) 99690-0842
E-mail: saasolonopole@gmail.com

DISCOPÇÃO	CLASSE	SUBCLASSE	ECONOMIA	RES	COM	IND	PUB	OUT	MÊS/AN
0000939.7	PAR	R-1	01						07/2018
HIDROMETRO	INSTALAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	FEITURA						
A08F185320	11/08/09	00.00.03.0000005230	180027314						

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIO IRIS DA SILVA
RUA MARIA JULIA P. LANDIM 2188, SANTA TERESA
CEP: 63.620-000 SOLONOPOLE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

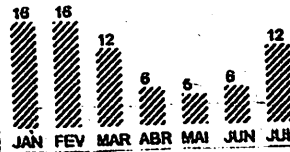
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE AGUA	01/01	31,95
16	MULTA POR ATRASO - 06/2018	01/01	0,91
17	ENCARGOS (06/2018) 6 DIAS	01/01	0,06

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEITURA
ANTERIOR.: 2168
ATUAL.....: 2178
CONSUMO...: 12
LEITURISTA: 16

DATA
21/06/18
21/07/18
DIAS:30
OCO:00



MÉDIA: 10 m³

VENCIMENTO 10/08/2018 VALOR R\$ 32,92

Á água é um dos principais elementos da natureza.
Não podemos viver sem ela. Evite o desperdício...



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Cachoeira Riacho do Sangue, 167 - Centro - Solonópole/CE
Cep.: 63.620-000 - CNPJ: 07.852.676/0001-52
Fone: (88) 3518-1327 / (88) 99690-0842
E-mail: saasolonopole@gmail.com

DISCOPÇÃO 0000939.7 CONSUMIDOR ANTONIO IRIS DA SILVA MÊS/AN 07/2018
VENCIMENTO 10/08/2018 VALOR R\$ 32,92

SAAE

NÃO RASGAR

ATENÇÃO NO VERSO

0000939.07.18.180027314
82660000000-2 32920270000-4 09390718180-9 02731400004-6



151A CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018



Esta é a segunda via de

JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8250472 DV **5**

VENCIMENTO
15/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
217,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **534988245**

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 18 014050 18 0272150

Medidor

Poste

Nome KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

8016258

0000 A02N

Endereço Postal

End. da Unidade

RU JOSE CAVALCANTE 00157 00157 CS 2 CENTRO SOLONOPOLE

Consumidora

63620000

RG / CPF / CNPJ

882.950.013-53

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 4052

3822

1

230

0

230

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

230

0,80745

185,71

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

26/07/2018

27/08/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5102.09FE.71A2.0814.41EA.AC03.F301.C78A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

185,71

Alíquota

27%

Valor do Imposto

50,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 68,21

TRANSMISSÃO 7,27

DISTRIBUIÇÃO 38,87

ENCARGOS SETORIAIS 10,42

TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 60,94

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

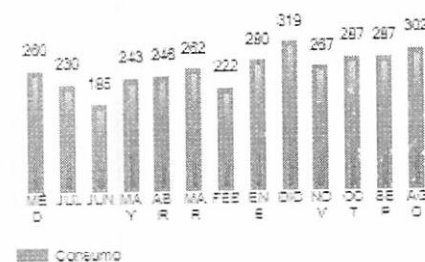
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 58,16

Conjunto SOLONOPOLES

Mês MAI/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8250472-5

N° da Nota Fiscal: **534988245**

Total a Pagar (R\$): **217,00**

Data de Emissão:

20/08/2018

Referência: **JUL/2018**

N° de Controle:

IA CORRETORA DE SE

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

20 SET. 2018

ASS:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Kellyton Azevedo de Figueiredo inscrito (a) no CPF/CNPJ 882950013 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Iris da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 173278558 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Antonio Iris da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 173278558 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Jose Cavalcante</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>casa 2</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Solonopole</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63620-000</u>
Email <u>diogeneseazevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>88-999200771</u>	Telefone celular (DDD) <u>88-997194143</u>

Solonopole-CE, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Kellyton Azevedo de Figueiredo

Assinatura do Declarante

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTD.A

20 SET. 2018

DLDR1002 V001/2017

ASS:

45

HORA: 19:35h

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº CAD/SUS	DATA: 21/07/2018	Leito de Observação:
Médico Plantonista: DR. SAMUEL	Enfermeira Plantonista: ROMEIDE	
Pressão Arterial: 160 x 90 mmHg	Temperatura:	Pulso: 24 bpm

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Iria da Silva	Endereço: R. Mãe Julia Diniz Landim		
Sexo: (X) MASC () FEM	Idade: 44a	Estado Civil: Casado	
Profissão: Pedreiro	Naturalidade: Solonópolis		



AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: Aumento de movimento, colisão com animal, refusa.

História da doença atual: Dor pm MSD e MID, massa displa, afec, vômito, perda da consciência.

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	15
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico: PIR, si refut mops
Acrítico local
abau know
Ext: elim de MID e MSD
+ imobilidade

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

20 SET. 2018

Impressão Diagnóstica:

Fratura do antebraço D?

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19340

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

① Dipirona 2:18, EV, am 500mg
 ② cataprazina 100 mg, 1 am 250

③ ~~Paracetamol~~ Dr. Samuel Soares
 Médico
 CREMEC 19340

antes do D
 e fêmed!

④ Após analgésicos 1 hora
 sem febre - a no man
 evento imobiliza, v. r. r. r.
 Depressão e apatia
 → Alta Hospitalar

Dr. Samuel Soares
 Médico
 CREMEC 19340



Autentico a presente ordem por ser verdadeira
 e fiel reprodução do original
 21/07/2018
 em cartório
 José Fernandes Silva - Tabelião
 Ana Tereza Pinheiro - Substituta
 Maria Clara Pinheiro - Substituta
 Maria Clara Pinheiro - Esc. Comprova
 Maria Clara Pinheiro - Esc. Comprova
 Vaga - Conforme com 2.4. de validade

ASS.

20 SET. 2018



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Antônio Luis da Silva

Sauv

0) Doença de antebrazo
direita Ap e perf

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19940

[Handwritten signature]

21/07/18

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

IA CORRETORA DE SEG. LID

20 SET. 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Antônio Irui da Silva
#Relatório médico
Paciente refere que se trata
em 22/07/18, tendo portado de
porbo limbo, realizando
tratamento cirúrgico neste serviço.
No momento tem alta ambulatorial
CID = S52.5

09/11/2018

Dr. Rodrigo Tancos
Propriedade e Responsabilidade
Data: 09/11/2018

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

SECRETARIA DA
SAÚDE

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o
Sr. Antônio Irui da Silva realizou
tratamento fisioterapêutico durante
um período de 2 (dois) meses, após
prática de radio D. No entanto o
mesmo permanece com sequelas (SM
reduzida para os movimentos de fle-
xão e extensão do punho D).

Dr. Rodrigo Tancos
Propriedade e Responsabilidade
Data: 13/11/18

13/11/18

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (88) 3441.1353- FAX: (88) 3441.4009- e-mail: hosp.regional@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: ANTONIO INIS M SILVA Nº REG: 114.090
DATA NASCIMENTO: 15/07/74 IDADE: 44 COR: branca SEXO: F () M (X)
EST. CIVIL: casado NATURALIDADE: Solonopole NACIONALIDADE: Brasileiro
CNS: 704303534940096 DOCUMENTAÇÃO RG: 24.778.036-4 SSP/CE
PROFISSÃO: Pedreiro TELEFONE: (88) 9711115.
ENDEREÇO: Rua M^o Juleia Pinheiro Landim Nº 2188
BAIRRO: Planalto Santo Terço CIDADE: Solonopole UF: SP
PAI: Luiz Lima da Silva
MÃE: Maria Luanna de Oliveira
RESPONSÁVEL: D^o Claudir de A. Magalhães TELEFONE: ()
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL? - ANO: - MÊS: -

SUMÁRIO DE HDA:

Perito asper evidente el fratura-luxação no do pulso (D) dia 24/07/18. Um laudo ao hospital por
vócher. Análise visual

EXAME FÍSICO:

Perito em data no e el com o do pulso pl
Análise visual

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Fratura do pulso (D)

Daniel Ayremoraes Batista
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA: [Assinatura]

016.088.263-07

CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNAÇÃO: 27/7/18 HORA: 10:20
CLINICA: Lúcia CARATER ATENDIMENTO:
DATA SAÍDA: 28/07/2018 HORA: 12:00
CÓDIGO: 0408020245
CID PRINCIPAL: S628 CID SECUNDÁRIO:
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☒
PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408020245
PROF. EXECUTANTE: Dr. Daniel
CBO: 225270 CNES: 2328380
PROF. EXECUTANTE: Dr. Vicente
CBO: 225251 CNES: 2328380

REVISÃO ☒ SISAIH01 ☒ MÊS: Agosto 18

HEMOCE ☐

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐

A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 34360017281

DATA INTERNAÇÃO: 27/07/2018

DATA ALTA: 28/07/2018

NUMERO DA AIH: 2318106283867



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO
MÉDICO PARA
EMISSION DE
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Regional Dr. Pontes Neto		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO INIS DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 119.090	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 1210141310131513141914101019161		8 - DATA DE NASCIMENTO 1215-10171974	
9 - SEXO Mas.: <input type="checkbox"/> 1 Fem.: <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARCIA IVANNETE DA SILVA	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Maria Julia Pinheiro Lantim 2388 Planalto St. Teófilo		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Solonopole		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF 10101		16 - CEP 1631621010101	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ponto de fratura - lesão no punho (D) ops acidente no dia 21/07/18			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura do punho (D)			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + exame clínico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do punho (D)	21 - CID 10 PRINCIPAL 552.5	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04108020045	
26 - CLÍNICA OL	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO O2	28 - DOCUMENTOS () CNS (X) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 1011608181263101
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DANIEL AYREMOARES MATIAS		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/7/0718	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMER 13633
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

FOLHA DE OPERAÇÃO

ANTONIO IRLS DA SILVA			Nº REG.
DATA OPERAÇÃO	27/07/18	ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Danilo Batista		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA Dr. VIVENTE		TIPO/ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
FRATURA DE PUNHO "D"			
TIPO DE OPERAÇÃO			
TRATAMENTO CÍRURGICO DE FRAT. DO PUNHO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
MESMO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
NÃO			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
NÃO			
ACIDENTE DURANTE OPERAÇÃO			
NÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
<ol style="list-style-type: none"> (1) Posição em DDH sob anestesia e bloqueio de pleco braquial (2) Amega e Antineup (3) Colocação de compo estereot (4) Uso de oclusor de Henry modificado (5) Redução do pulso cominuido de modo distal (6) Fixação q. ploma em "T" 3x4 q. ploma gem. de 4 pontos cortam (7) Fixação de fragmento de escaleta rodete q. pontos bipoles (8) Sutura por ploma, curativos e talco oxidado 			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: Antônio Irais de Sá

Operação: extirpação de pênis

Anestesia: BPB + sedação

Pré-Anestésicos: S

Anestésicos: Xibutina 100mg

Xibutina 100mg

Intenil 100mg


indoladon 5mg

Duração da Anestesia: 60min

Início: 18:15

Término: 19:15

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

 Prefeitura Municipal de Quixeramobim Hospital Regional Dr. Pontes Neto fone: 3441.4009 / Email: HOSP.REGIONAL@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE		NOME: ANTONIO LAIS MA SILVA RG: Idade: Q/L: Clinica () Médica () Maternidade () Cirúrgica () Emergência			
Enferm. Leito Diagnóstico:		Admissão: 27/07 DATA: 27/07		REGISTRO DE ENFERMAGEM	
APRAZAMENTO		APRAZAMENTO			
1	DIETA GERAL	Dentos na 27/7/18 pect comente anexo verificado, deitado com no furo de pulso (B) no pm Ag. os as embudo de em punção, encambrado P.P.E. 2015.11.			
2	DIPIRONA 2 ml + 10 ml AD, IV, 6/6 h s/n	Ana Flavia Araújo Técnica de Enfermagem COREN-CE 1231730			
3	TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n				
4	PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n				
5	PLASIL 2 ml + 10 ml AD IV, 8/8 h s/n				
6	SSVV + CC66				
7					
8					
9					
10					
11					
12	DIETA GERAL	AD: 140x80 T: 36,8°C paciente admitido neste setor às 11:30 com prurito do punho D. P.A. T ₂ Atendimento: 11/07/2018 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
13	DIPIRONA 2 ml + 10 ml AD, IV, 6/6 h s/n				
14	TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n				
15	PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n				
16	PLASIL 2 ml + 10 ml AD IV, 8/8 h s/n				
17	SSVV + CC66				
18	KEFAROLINA 1g, IV, 8/8 h	22/06/14 as 17:40 paciente encambrado S.O. Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
19					
20					
21		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
22		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
23		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
24		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
25		Atendimento: 22/06/2014 Técnica de Enfermagem COREN-CE 412888			
ESQUEMA DE INSULINA:		TEMP			
APRAZAMENTO:		P.A		TEMP	
RESULTADO DX:		12h: 120x70 18h: 120x70 24h: 110x80 06h: 120x70		36 36 36 36	
QUANTIDADE ADM:					

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: Antônia Iris da Silva	Idade: 44
RG:	Leito:
Diagnóstico: Fratura de punho (D)	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
27/07/18	Paciente vítima de queda de moto com HD: Fratura de punho (D). Procedente de Solonópole. Encaminhado para Clínica Cirúrgica às 11:30h. Com anexos: Ficha de Referência + Rx.	Suzanny Viana Nobre ENFERMEIRA COREN-CE 257.112
27/07/18	11h:30min admitida na Unidade Cirúrgica para submeter-se a procedimento cirúrgico: Fratura de punho "D". Rx no pronto-socorro, solicitados exames laboratoriais. Procedimento	Sandra Fátima Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
	Encaminhado para CC às 17:35.	Sandra Fátima Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
27.07.18	TRANSOPERATÓRIA: Pcte submetido a TRO. CIR. FX. PUNHO (D) SOB EFEITO DE Bloqueio + SCA. EAO com PA: 116 x 57 mmHg, SpO2: 100%. Seque com fio de KSHNER Nº 2 + Pica e sob os cuidados de enfermeira.	Francisco de Assis Moqueila Nobre ENFERMEIRO COREN-CE 698426
27/07/18	Reaberto fto cirúrgico de punho (D) sem intercorrências	
		Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633
18/07/18	Paciente evoluiu sem intercorrências após tratamento cirúrgico e pós Alta hospitalar p/ acompanhamento ambulatorial	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: 25 CARI Município: SOLONÓPOLE
Nome: ANTONIO JUS DA SILVA Prontuário Nº _____
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 15/07/1974 Ocupação: PEÇMEIRO
Endereço: ST. TEREZA Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: AVULSA - TRAUMATOLÓGICA / FRATURA DE
PUNHO D.
Resultado do Exame: rx de punho direito - FRATURA DE
PUNHO D.

Consulta já Realizada: CONSULTA CLÍNICA
Impressão Diagnóstica: FRATURA DE PUNHO D.
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: MÉDICO Data: 24/07/2018 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: paciente de trânsito dia 21/07/2018
Resultado de Exames: rx anteroposterior do punho direito

Diagnóstico Principal: fratura luxação do punho direito CID: S526+5B3-0
Secundário 1: lesão do punho direito CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Conduta Realizada: fratura punho direito
Proposta de Conduta Para Seguimento: transito so da

O problema Justificou a referência? ☒ SIM ☐ NÃO O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☒ SIM ☐ NÃO

Assinatura do Encaminhante: Dr. Guilherme Neto Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEC 443 ROF 7610



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 22/04/19 Horário: _____ Nº: 05

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Reis dos Santos
Estado Civil: casado Sexo: mas Idade: 44
Data de Nascimento: 15/09/74
SUS: 404-30353404 0026 Tel: _____
Naturalidade: Solomonópolis
Profissão: professor
Residência: rua Delfino P. Almeida 489 Bairro: _____

2 - Diagnostico: fratura do pulso (D) e tendão
de triângulo cinza

3 - Procedimento: CD: punção para d'água

Daniel Ayremoraes Batista
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 13633

ASSINATURA E CARIMBO

PROIBIDO PLASTIFICAR

9-1010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO DEUSE E TOLIMAS

ANTONIO SEIS DA SILVA

715-041300

CARTEIRA DE IDENTIDADE

173

173 Palácio Municipal

Roberto Antonio do Brasil

LE Nº 7.116 DE 28/03/81

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

24.778.036-4

ANTO DE 17/JAN/2014

ANTONIO IRIS DA SILVA

LUIZ LIMA DA SILVA

E MARIA IVANNETE DA SILVA

SOLONPOLE -CE

15/JUL/1974

SOLONPOLE-CE

SOL.

CN:LV.3A /FLS.236V/N.002326

173278558/90

173

173 Palácio Municipal

Roberto Antonio do Brasil

LE Nº 7.116 DE 28/03/81

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

Assi

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05917303

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 1º DA LEI Nº 8.906/94)




ASSINATURA DO PORTADOR

Kellyton Azevedo de Figueiredo

00888888



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

INSCRIÇÃO
17762

Afiliação
JOSE EDMIR AZEVEDO
GLÓRIA DE FÁTIMA LEITÃO FIGUEIREDO

Naturalidade
SOLONÓPOLE-CE

DATA DE NASCIMENTO
01/04/1982

RG
333088498 - SSPCE

CPF
982.950.013-53

OCCASÃO DE GRADUAÇÃO E TÍTULO
SIM

VIA
03

EXPEDIDO EM
08/05/2014

VALDETÁRIO ANDRADE MONTEIRO
PRESIDENTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965568257

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRAN 01 1119533713 0000000000 2017

ANTONIO IRIS DA SILVA

SENADOR POMPEU/CE

17327855890 OFFICINHA PLACA FNI4044

PLACA ANT/UF 9C2JB0100HRZ64801

ESPECIE TIPO CASOLINA

PAR/MOTOCICLO/NAO APPLIC

HONDA/POP 1101

2E/0CV/109CC

1 P COTA UNICA 12

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

AL.FID. ADMIN DE CERCACIONAL HOND

SENADOR POMPEU/CE

01/06/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012965568257 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
17327855890
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

17327855890 C/P / CNPJ FNI4044

1119533713 HONDA/POP 1101

2017 09 9C2JB0100HRZ64801

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO 00/00/0000

DATA DE OUTUBRO

PROPRIETARIO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LDA

20 SET 02

1706-2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439311

Cidade: Solonópole

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO IRIS DA SILVA

Data do acidente: 21/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439311 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IRIS DA SILVA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Iris da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado Profissão: pedreiro, portador(a) do RG 24778036-4 órgão expedidor SSP-SP e do CPF: 173278558-90, residente no(a) Rua Maria Julia P. Landim, nº 2188, bairro: Santa Teresinha, município: Solonópolis, CE. CEP: 63620-000.

OUTORGADO:

Kellyton Azevedo de Figueiredo, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no RG sob o nº: 333088498, órgão expedidor SSP-CE e do CPF: 882.950.013-53, residente no(a) Rua Dr. Queiroz Lima, nº 190, Centro, Solonópolis/CE, CEP: 63.620-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da Vitima Antonio Iris da Silva.

Local e data: Solonópolis, Ce. 26 de julho de 2018.

Antonio Iris da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade).

05.674.148/0001-25
Cartório
Anibal Rodri
Rua: Dr. Qu
Centro - CE
Solonópolis



CARTÓRIO DO JUIZ ANIBAL R. PINHEIRO

Reconheço por AUTENTICIDADE (X) SEMELHANÇA () a(s) assinatura(s) de: Antonio Iris da Silva

Dou fé. 26 / 07 / 20 18
Solonópolis-Co.
Vendo somente com selo de autenticidade
em testemunho (X) da verdade.

Maria Carla Pinheiro
Escritor(a) Compromissada

CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346027/18

Número do Sinistro: 3180439311

Vítima: ANTONIO IRIS DA SILVA

CPF: 173.278.558-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO IRIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO
CPF: 882.950.013-53

KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS