
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 LIDER 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		BANCO Nome: Banco do Brasil S.A. NRO: 001	
AGÊNCIA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 1150 D/V 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 13909 D/V 2 (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



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 DESTE 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 :

J. G. PESSOA
JOSÉ IRAPUAN GUERRA PESSÔA - MAT.: 012816-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ANTONIO IRIS DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

Torres

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313



AUTENTICAÇÃO
Autêntico e presentes originais por ser reprodução fiel do original em que foi elaborado. Dou fé.
Solonopole, 24/07/2018.
Em testemunho da verdade:
 José Fernandes Filho - Titular Intermunicipal
 Ana Teima Pinheiro - Substituta
 Diana Maria Pinheiro - Substituta
 Maria Célia Pinheiro - Esc. Comp. Inform. e Autent. e
 Isabela Pinheiro de Moraes - Esc. Autent. e

LIBIA CORRETOURA DI

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 interdita 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

diogenescazevedo@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

SS:

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

LIBIA CORRETORA DE SÉG. LTDA

20 SET. 2018



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 CLASSE: PAR R-1 ECONOMIAS: RES COM: UNO PUB: OUT: 07/2018

IDENTIFICADOR: A08E185320 INSTALAÇÃO: 11/08/09 LOCALIZAÇÃO: 00.00.03.0000005230 FATURA: 180027314

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

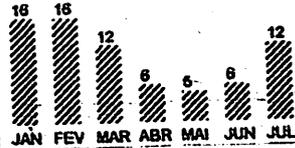
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE AGUA	01/01	31,95
16	MULTA POR ATRASO - 06/2018	01/01	0,91
17	ENCARGOS (08/2018) 6 DIAS	01/01	0,06

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEitura ANTERIOR.: 2168 DATA: 21/06/18
 ATUAL.....: 2178 DATA: 21/07/18
 CONSUMO...: 12 DIAS:30
 LETURISTA: 16 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 NOME: ANTONIO IRIS DA SILVA MÊS: 07/2018

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

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



151A CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018



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

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 18 014050 18 0272150 Medidor 8016258 Poste 0000 A02N
Nome KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOSE CAVALCANTE 00157 00157 CS 2 CENTRO SOLONOPOLE 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 26/07/2018
Prev. Próxima Leitura 27/08/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Calculo (R\$) 185,71 Alíquota 27% Valor do Imposto 50,14

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 31,29
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 17,12)

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

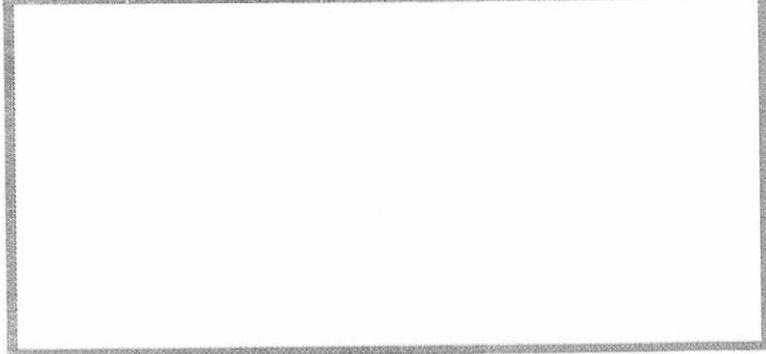
	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

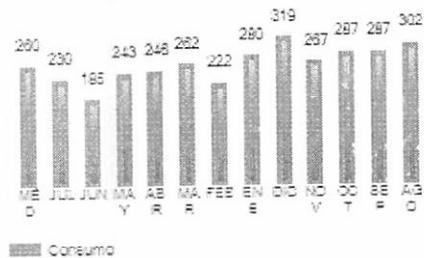
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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:

AGIA CORRETORA DE SE

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

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 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 nº9.613/98.

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



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópole - CE

45

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

HORA: 19:35h

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 Iru da Silva
 Endereço: R: Mãe Julia Dinhu Landim
 Sexo: (X) MASC () FEM Idade: 44a Estado Civil: Casado
 Profissão: Pedreiro Naturalidade: Solonópole

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: Acidente de moto, colisão com animal, referido.
 História da doença atual: Dor pm MSD e MID, mesa displ, afec, vôm, 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: P/FR, si referit motis
 Acrefio local
 abatu know
 Ext: edema de MID e MSD.
 + imobilidade

...BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

20 SET. 2018

Impressão Diagnóstica:

Fratura do antebraço D?

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19340

Prescrição Médica

Notações de Enfermagem

① Dipirona 2:18, EV, am 500mg
② cataplasma 100 mg, 1 hr

(19:46) 100

③ Presc de Dr. Samuel Soares Médico

CREMEC 19340

antebico D
e fêmur D!

④ Após analgésicos 1 hora
sem febre - a no momento
evento imobiliza v. fêmur
Deposito e agulha
→ Alta Hosp

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19340



SELO DE AUTENTICIDADE
MINISTÉRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
RUI
AUTENTICAÇÃO
HR978-938

ASS:

20 SET. 2018

~~Dr. Samuel Soares~~



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Automa Luis da Silva

Suave

1) Dose de antebomaz

direta Ap e papel

Dr. Samuel Soares
Médico
CREMEC 19940

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. LTD

20 SET. 2018



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



RECETUÁRIO MÉDICO

Nome: Antônio Irui da Silva
#Relatório médico
Paciente refere queb de nato
em 21/07/18, tendo partura de
parto simto, realizando
tratamento cirúrgico neste serviço.
No momento tem alta ambulatorial
CID = S52.2

09/11/2018

[Signature]
DR. RAFAEL TANGRA
Proposta e Tratamento
09/11/2018

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



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

SECRETARIA DA
SAÚDE

RECETUÁRIO

DECLARAÇÃO

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

[Signature]
FARMACIA
CNPJ 07.000.000/0001-00

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 IANIS MA SILVA Nº REG: 114.090
 DATA NASCIMENTO: 15/07/74 IDADE: 440 COR: parda SEXO: F () M (X)
 EST. CIVIL: casado NATURALIDADE: Solomonense NACIONALIDADE: Brasileira
 CNS: 704303534940096 DOCUMENTAÇÃO RG: 24.778.036-4 SSP/CE
 PROFISSÃO: Peixeiro TELEFONE: (88) 9711115.
 ENDEREÇO: Rua nº Julia Pinheiro Landim Nº 2188
 BAIRRO: Planalto Santa Tereza CIDADE: Solomonense UF CE
 PAI: Leury Lima da Silva
 MÃE: Maria Luanna de Oliveira
 RESPONSÁVEL: Ano claudia de A Nag de Siqueira TELEFONE: ()
 JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: - ANO: - MÊS: -

SUMÁRIO DE HDA:

Pointe asper evidente e fratura luxação redor de
punho D dia 21/07/18. Um hoje ao hospital por
lesão. Tratando cirurgicamente

EXAME FÍSICO:

Pointe em dor no e ef com um de pul pt
tristemente visível

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Fratura de punho D

Daniel Ayremoraes Batista
Ortopedia e Traumatologia
 ASSINATURA: [assinatura]
 CRM: 10610

016.088.263.07
 CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNAÇÃO: 27/7/18 HORA: 10:20
 CLÍNICA: Ortopedia CARATER ATENDIMENTO:
 DATA SAÍDA: 28/07/2018 HORA: 12:00
 CÓDIGO: 0408020245
 CID PRINCIPAL: S628 CID SECUNDÁRIO:

MUDANCA 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: 24360017281
 DATA INTERNAÇÃO: 27/07/2018
 DATA ALTA: 10/08/2018
 NUMERO DA AIH: 2318106283867

Point + 130L



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 EMISSÃO DE AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
---	----------

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Hospital Regional Dr Pontes Neto</i>	4 - CNES
---	----------

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>ANTONIO INIS DA SILVA</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>119.090</i>

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>1210141310131513141914101019161</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>11/15-10/7/1974</i>	9 - SEXO Mas.: <input type="checkbox"/> 1 Fem.: <input checked="" type="checkbox"/> 3
--	--	--

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Ivannete do Silva</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
---	--

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Maria Julia Pinheiro Lanthem 9388 Planalto St. Teófilo</i>
--

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Solonopole</i>	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF <i>CE</i>	16 - CEP <i>163162101000</i>
---	--------------------------	----------------------	---------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Pointa of fratura - luxação volar do pulso (D) ops ocorrida no dia 21/10/18

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Fratura do pulso (D)

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx + exame clínico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do pulso (D)</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S52.5</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>INTERNAÇÃO HOSPITALAR</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04108020R15</i>
---	---

26 - CLÍNICA <i>OL</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>OR</i>	28 - DOCUMENTOS <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>10116081812163107</i>
---------------------------	---	---	--

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>DANIEL AYREMOARES MATIAS</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/7/07/18</i>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Daniel Ayremoraes Matias Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633</i>
---	---	--

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---------------------------------------	-------------	-------------------------	---

45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
---	---	--

FOLHA DE OPERAÇÃO

ANTONIO JAIS DA SILVA		Nº REG.
DATA OPERAÇÃO 27/07/18	ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Daniel 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. NO 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 TÉCN. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- ① Posição em DDH sob redução e drenagem de plasma sanguíneo
- ② Anestesia e Antimépsis
- ③ Colocação de campos estereos
- ④ Uso de oclusor de Henry modificado
- ⑤ Redução de fratura com auxílio de 100ml de água
- ⑥ Fixação de placa em "T" 3x4 e parafusos com 4 parafusos corticais
- ⑦ Fixação de fragmento de escafoide rodado e 1 parafuso esponjoso
- ⑧ Sutura por planos, curativos e talco oxidado

Dr. Daniel Batista
Traumatologia



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: Antônia Iráiz de Sá
Operação: extirpação de pâncreo
Anestesia: BPB + Sedação
Pré-Anestésicos: S

Anestésicos: Xibutina 0,15g/kg
Xibutina 0,15g/kg
fulcilar 100mg
midazolam 5mg

Duração da Anestesia: 60min
Início: 18:15
Término: 19:15


Dr. Vicente Mourão
CRM-MA 9350

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

NOME: ANTONIO IANIS MA SILVA
Idade: Q/L:
RG: Clínica () Médica () Maternidade
Enferm. Leito Diagnóstico: () Cirúrgica () Emergência
Admissão: 27/07 DATA: 27/07

REGISTRO DE ENFERMAGEM

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
1		
2	DIETA GERAL DIPIRONA 2 ml + 10 ml AD, IV, 6/6 h s/n TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n PLASIL 2 ml + 10 ml AD, IV, 8/8 h s/n SSVV + CC55	Dentos na 27/07/08 pect comente amarelado veredizado, de uterido com no furo de furo (B) no pm Az nos as embudo de en pinguim, encambado. P. P. R. 2015. H.
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13	DIETA GERAL DIPIRONA 2 ml + 18 ml AD, IV, 6/6 h s/n TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 8/8 h s/n PROFENID 100 mg + 100 ml SF 0,9 % IV, 12/12 h s/n PLASIL 2 ml + 18 ml AD, IV, 8/8 h s/n SSVV + CC55	AD: 140x70 T: 36,8°C paciente admitido neste setor às 11:30 com fratura do punho D. P.A. T- Atendimento Hospitalar Teleno: 3441.4009 3441.4009
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

ESQUEMA DE INSULINA:		TEMP
Hora	P.A	
12h:	120x70	36
18h:	120x70	36
24h:	120x80	36
06h:	120x70	36

APRAZAMENTO:
RESULTADO DX:
QUANTIDADE ADM:



Prefeitura Municipal de Quixeramobim
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
fone: 3441.4009 / Email: HOSP.REGIONAL@hotmail.com

QUIXERAMOBIM-CE

NOME: ANTONIO LEIS DA SILVA

RG: Idade: Q/L: Clínica () Médica () Maternidade

Enferm. Leito Diagnóstico: fratura punho () Cirúrgica () Emergência

Admissão: 50

DATA: 28/07/18

REGISTRO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1				Ant 28.07.18
2				paciente consciente
3				sendo verbalizando
4				nigrenizado no banco
5				no. realização de cirurgia
6				de fratura de punho
7				e recebeu alta hospitalar
8				às 08:00h.
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

S. J. dos Santos Amador
CORENCE 11742311

Daniel Ayres Batista
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC-13633

ESQUEMA DE INSULINA:

TEMP

P.A

Hora

12h:

18h:

24h:

06h:

APRAZAMENTO:

RESULTADO DX:

QUANTIDADE ADM:



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



Nome: Antônia Iris da Silva	Idade: 64
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 Fereira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
	Encaminhado para CE at 17:35.	Sandra Fereira Cordeiro COREN-CE: 308.314 Enfermeira
27.07.18	TRANSOPERATÓRIA: Pcte submetido a Tro. cir. Rx. PUNHO (D) SOB EFEITO DE Bloqueio + SCA. EAO com PA: 116 x 57 mmHg, SpO2: 100%. Segue com fio de KSHNER Nº 2 + PUC e sob os cuidados de enfermeira.	Francisco de Assis Mogueira Nobre ENFERMEIRO COREN-CE: 698426
27/07/18	Reaberto fto cirúrgico de punho (D) sem intercorrências	
		Daniel Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CREMEC 13633
28/07/18	Paciente evoluiu sem intercorrências após tratamento cirúrgico. Alta hospitalar p/ acompanhamento ambulatório	



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: 25 COV5 Município: SOLONÓPOLE

Nome: ANTONIO JUS DA SILVA Prontuario Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 15/07/1974 Ocupação: PEZANINHO
Endereço: STA 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: UNIDADE 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: 1/1/ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta: 1/1
Município: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: paciente de trânsito dia 21/07/2018
Resultado de Exames: rx artelhos direito e p.p.

Diagnóstico Principal: fratura luxação do punho d. CID: S526+5B3-0
Secundário 1: plano de fratura CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Conduta Realizada: sujeito fratura com gesso
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 - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 22/07/19 Horário: _____ Nº: 05

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Dias dos Santos
 Estado Civil: casado Sexo: mas Idade: 54
 Data de Nascimento: 10/07/64
 SUS: 404.303534040006 Tel: _____
 Naturalidade: Solomonópolis
 Profissão: professor
 Residência: rua Delfino P. Tomacim Bairro: _____

09.01.08.0029

2 - Diagnostico: Fratura do punho (D) e instabilidade de tendão cingulo

3 - Procedimento: CD: punho para cirurgia

Daniel Ayremoraes Batista
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 13633

ASSINATURA E CARIMBO

CITVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

9-1010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO




Antônio Seis DA SILVA

715-041300

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

24.778.036-4

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 Palestrina, Itapicaciã
 Roberto Antonio DO BREGENTINHA IRACD:SSISP

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ASS:

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05917303

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 1º DA LEI Nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Kellyton Azevedo de Azevedo



008884000



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 17762

NOME
KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

FILIAÇÃO
JOSE EDMIR AZEVEDO
GLÓRIA DE FATIMA LEITÃO FIGUEIREDO

NATALIDADE
SOLONÓPOLE-CE

DATA DE NASCIMENTO
01/04/1982

RG
333088498 - SSPCE

CPF
882.950.013-53

OCORRER DE OUVADA E TENDIDA
SIM

VIA EXPEDIDO EM
03 08/05/2014

VALDETÁRIO ANDRADE MONTEIRO
PRESIDENTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

20 SET. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012965568257

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRAN 01 1119533713 0000000000 2017

ANTONIO IRIS DA MOTA SILVA
SENADOR POMBEU/CE

17327855890 9C2JB0100HRZ64801 FNI4044

PLACA ANTI/UF: 17327855890/CE
CHASSI: 9C2JB0100HRZ64801

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC
COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARC/MODELO: HONDA/POP 110I
ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017
CATEGORIA: PARTIC
COR/PREDOMINANTE: PRETA
COTA UNICA: 2E/0CV/109CC

VENC/COTAS: 1º *****
2º *****
3º *****
VENC/COTAS: 1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): ICF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

AL.FID. ADMIN DE SERVIÇO RACIONAL HOND
A LTDA; *****

SENADOR POMBEU/CE
LOCAL: SENADOR POMBEU/CE
DATA: 01/06/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUANDO EM 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 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NESTE BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 01/06/2017

RENAVAM: 17327855890 CPF / CNPJ: FNI4044
MARCA / MODELO: HONDA/POP 110I
ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017
CATEGORIA: PARTIC
COR/PREDOMINANTE: PRETA
COTA UNICA: 2E/0CV/109CC

PREMIO TARIFARIO: DENATIAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): ICF (R\$): TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

PROPRIETARIO: SENADOR POMBEU/CE
LIBIA CORRETORA DE SEG. LDA.
20 SET 2017

JUL-2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439311

Cidade: Solonópolis

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: Solonópolis

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 Teresã, município: Solonópole, 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, Solonópole/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: Solonópole, 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
Solonópole



CARTÓRIO DO JUIZ ANIBAL R. PINHEIRO
Reconheço por AUTENTICIDADE (X)
SEMELHANÇA() a(s) assinatura(s)
de: Antonio Iris da Silva
Dou fé.
Solonópole-Co. 26 / 07 / 20 18
Válido somente com selo de autenticidade
em testemunho (0) da verdade.
Ana Carolina Pinheiro
Escrivente 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