

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nº Sinistro: 3180035035

Vitima: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Data do Acidente: 30/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180035035**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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**



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Nº Sinistro: **3180035035**

Vitima: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Data do Acidente: **30/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035035**.

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 12271687



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Sinistro: **3180035035**  
Vítima: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**  
Data do Acidente: **30/10/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180035035** 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](http://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, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13149569

A/C: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nº Sinistro: 3180035035  
Vítima: ALESSANDRO LIMA COUTINHO  
Data do Acidente: 30/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000785

Conta: 000000044880-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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**

Sinistro: **3180035035**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **R SETE DE SETEMBRO nº 2 - CENTRO - IBIAPINA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 12375986 - SSP**  
Data e local do acidente: **30/10/2017 TIANGUA/CE**  
Data e local do exame: **17/07/2018 SOBRAL/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA CRANIANO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA COM BOA EVOLUÇÃO. ALTA ORTOPÉDICA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**REDUÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA DE OMBRO ESQUERDO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO**  
**SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

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

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

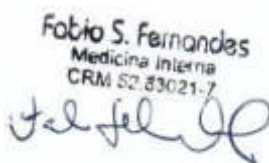
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180035035 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO LIMA COUTINHO **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIANO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO.  
SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.  
REDUÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA DE OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA COM BOA EVOLUÇÃO. ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL SEM SEQUELAS.

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

050.516.466-38

Nome completo da vítima

Alexsandro Lima Coutinho

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Alexsandro Lima Coutinho</u>		CPF titular da conta <u>050.516.466-38</u>	Profissão <u>Técnico Agrícola</u>
Endereço <u>Rua 7 de Setembro</u>		Número <u>02</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Guarapina</u>	Estado <u>ceara</u>	CEP <u>62-360.000</u>
Email <u>Riendpvt.seguro@gmail.com</u>		Telefone (DDD)	

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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
0785

DV

013

CONTA

NRO.

00044880

DV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

DV

(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.

Guarapina - CE, 03 de Dezembro de 2017

Local e Data

Alexsandro Lima Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEM SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO





SABEMI SEGURADORA S/A  
16 JAN 2018  
RECEBIDO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

ASSINATURA AUTORIZADA

883

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)  
0800 726 0505 (Demais regiões)  
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA

AQUI Banco24Horas

elo  
DÉBITO

Projeto Novo Cidadão IT



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

ARTÓRIO ARAGÃO  
2º DELEGADO  
RUA VICENTE DE SOUZA, 514

A PRESENTE COPIA FOTOGRAFADA  
COM O ORIGINAL EXIBIDO NO  
DELEGADO - CE  
EM TESTE

08 DEZ. 2017

☐ Maria Nêda da Cunha Aragão

☒ Lucia Aragão Furtado - EGO. SUBSTITUTA

VALIDO SOMENTE COM O SELO



BOLETEM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 4015 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 14:32:49**

Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **BR 187**

Complemento:

Bairro:

Município: **TIANGUA/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A HONDA**

**Noticiante(s)**

Nome: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Nascimento: **17/11/1980** CPF: **050.516.466-38**

CNH: **02937931802**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO**

**HOZANAN RODRIGUES COUTINHO**

Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO Q 08, LOTE 02**

Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **IBIAPINA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99655-4704**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXT1192** Uf: **CE** Município: **TIANGUA** Chassi:

**9C2KD03307R026729** Renavam: **914104195** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano

Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERMELHA** Proprietário: **LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PLACA HXT1192, QUANDO ACESSOU A CE 187, PRÓXIMO A CONCESSIONÁRIA HONDA, QUANDO SUA MOTOCICLETA DESLIZOU EM DECORRÊNCIA DE DEPRESSÃO QUE HAVIA NO ASFALTO; QUE HAVIA PASSADO UMA MÁQUINA RASPANDO O ASFALTO PARA RECONSTRUIR A RODOVIA; QUE HAVIA UMA DIFERENÇA DE APROXIMADAMENTE TRÊS CENTÍMETROS DO ASFALTO QUE TINHA FICADO NA PISTA; QUE NÃO HAVIA NENHUMA SINALIZAÇÃO; QUE SOUBE QUE NA MESMA DATA HOUVERAM OUTROS ACIDENTES; QUE FICOU DESACORDADO APÓS CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MADALENA NUNES; QUE FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

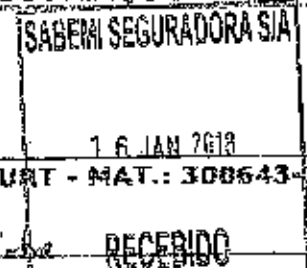
JÉSSYCA AGUIAR BITTENCOURT - MAT.: 300643-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Alessandro Lima Coutinho*

RECEBIDO

VISTO DO DELEGADO(A):



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexsandro Lima Cortinho, portador da carteira de identidade nº MG12375986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, Cidade Itapipema, Estado Pernambuco, 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.

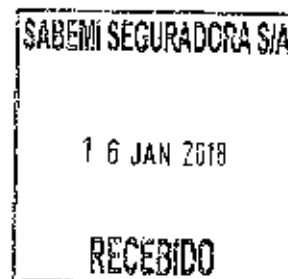
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexsandro Lima Cortinho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itapipema - CE 21 Dezembro 2017

Local e data



V3290  
5720



DADOS DO PACIENTE

Prontuario 139196	Atendimento 0010	Nome do Paciente ALESSANDRO LIMA COUTINHO	CNS 898003286324134	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 12375986			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 17/11/1980	Local BRASILIA/DF			Idade 36 Ano(s)
Pai HOZANAN RODRIGUES COUTINHO	Mãe MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO			
Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Bairro CENTRO	CEP 62360-000	Município IBIAPINA	UF CE
Profissão TECNICO AGRICOLA	Empresa	Cônjuge MARIA SOLANGE LIMA MENDES		Telefone 88 92542478
Responsável ALESSANDRO	CPF do Responsável	Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Município IBIAPINA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/10/2017	Hora 08:37	Convênio SUS	Matrícula	Cid
Profissional do Atendimento DAYANE PARENTE PAULINO			COREN/UF 403173/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário DAYANE PARENTE PAULINO	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 30/10/2017 09:02	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	FC	P (bpm)	R (mmHg)	PA (mmHg)
			36.4	88	18	140 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 30/10/2017 08:48

Responsável pela Classificação: DAYANE PARENTE PAULINO

Relatório:

CLIENTE DA ENTRADA NA UNIDADE. ACOIHDADO NA EMERGENCIA CONDUZIDO PELO RESGATE. VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E E MSE, NEGA COMORBIDADES, REFERE ALERGIA A BUSCOPAN COMPOSTO

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

30/10/2017 09:01:56h Responsável: DAYANE PARENTE PAULINO COREN-CE 403173

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

30/10/2017 09:02:41h Responsável: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM-CE 15837

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

Dr. Dayane Parente Paulino  
GRANDE PRONTO SOCUPO  
09/10/2017

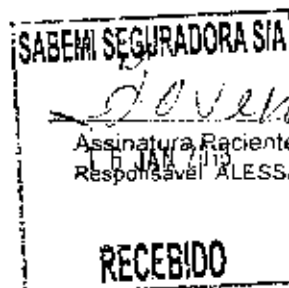
Rx clavícula e  
ultra-sonografia  
do antebraço

Prescrição: 0001 Data: 30/10/2017 Hora: 09:03 Médico: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM: 15837

Prescrição	Usagem	Via	Frequência	Aprazamento
reavaliar				
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML AMP (E.V.)	1 amp	E.V.	06/06 H	
CETOPROFENO 100MG EV amp	100mg	E.V.	12/12 H	
Rx pé esquerdo				
Rx coluna cervicai, toracica e lombar				
RX TORAX PA				

DAYANE PARENTE PAULINO - COREN: 403173

Co Grammatologia



# 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: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

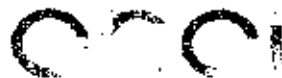
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00785

CONTA: 000000044880-0

---

Nr. da Autenticação 9F3A5F9B4ACA5A94



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série 9-4 | N° 492541407

Companhia Energética do Ceará

Rua Padrao Valdevino, 150 | CEP 60125-010 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07342751/0001-70 | CGF 06 105,518-3Comprovante de recebimento  
Ata de Rec. Social  
Data de Rec. Social

Esta é a segunda via de

SET/2017

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE  
4384441 DV 3VENCIMENTO  
12/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA  
CONSUMO

Rota 06 031050 05 010000

Nome ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Endereço Postal

Medidor

25115802

Posto

0000 A09L

End. da Unidade RU 7 DE SETEMBRO 00000 CS LOTE 02 CENTRO IBIAPINA  
Consumidora 62360300

RG / CPF / CNPJ 050.516.465-38

CGF

Classe U1-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Excluído

7400

7275

1

125

0

125

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

125

0,74623

93,27

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

12/09/2017

11/10/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

307E,96A9,B355,8070,7D33,5101,6764,568F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
93,27 27% 25,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	31,04
TRANSMISSÃO	3,13
DISTRIBUIÇÃO	21,38
ENCARGOS SETORIAIS	7,30
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	10,75

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO<sub>2</sub> Compensado kg CO<sub>2</sub> Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

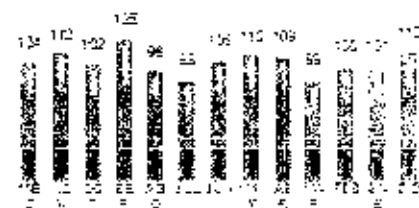
Veja a legenda no verso desta conta. QM: 19,80

Cenário: IBIAPINA

Mês: JUL/ 2017

	Padrão Individual		Apuração Individual		
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	
DIC (m)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00
FC (un)	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00
DMIC (m)	3,03		0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

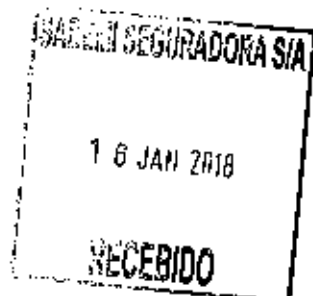


0000 Corrente

Atendimento mecânico cliente

Nº do Cliente: 4384441-3 Nº da Nota Fiscal: 492541407 Total a Pagar (R\$): 112,23  
 Data de Emissão: 28/11/2017 Referência: SET/2017 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



**Nº DO CLIENTE**  
**3145901-3**  
 Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
 Atente-se que enviar em caráter confidencial.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
 foi criada pela Lei nº 10.438  
 de 26 de abril de 2002  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Pedro Valdeirino, 150  
 CEP 62136-040 | Fortaleza - CE  
 CNPJ 08.872.517/0001-70 | CEF 0.105.898-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 503494646  
**Rota** 01 31050 01 056600 - 3 **Data de Emissão** 06/12/2017  
**Nome** MARIA AUXILIADORA CORREIA AGUIAR  
**End. Postal** RU FRANCISCO CUSTODIO DE AZEVEDO 00000 CS BAIRRO SAO JOSE  
 IBIAPINA - IBIAPINA - 62360000  
**Medidor** 2100660 **Posto** 0000 0000  
**Classe** 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00  
**RG/CPF/CNPJ** 379845433-72 **CGF**  
**Nome do Responsável**

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO			
Mês da Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.	Conjunto	100% 100%	100% 100%
06/2017	06/12/2017	03/01/2018		MBA	100% 100%	100% 100%
ICMS			Padrão Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apreciação Individual			
100,00	7,00%	7,00	Mensal			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Anual			
01-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			
			Mensal			
			Anual			



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

RG nº 2002099076/68 data de expedição 24/05/2018 Órgão SSP/CE

CPF nº 053.575.303-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Rua Sônia Pontes
Número	634
Apto / Complemento	Situated no Calçada da Liberdade
Bairro	Centro
Cidade	Itaipava
Estado	Ceará
CEP	62.360-000
Telefone de Contato	(88) 9.96243851
E-mail	bernardonogueira.adv@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaipava, 05 de junho de 2018.

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

  
De Bernardo Aguiar Nogueira  
ADVOGADO  
OAB/CE 28.484





838403320000 -C 5760003.000-2 0001158430-3 0001392420-5

Scanned with CamScanner



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Bernardo Aguiar Nogueira, portador(a) do  
RG nº 2002099076168, expedido por SSP/CE, em  
23 / 07 / 2002, CPF/CNPJ nº 053.575.303 - 94

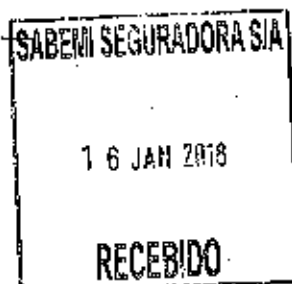
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre  
Lima Coutinho do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_

da vítima Alexandre Lima Coutinho, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Bernardo Aguiar Nogueira  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA, portador(a) do RG nº 2002099076168, expedido por SSP/CE, em 23/07/2002, CPF/CNPJ nº 053.575.303-94

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ALESSANDRO LIMA COUTINHO do sinistro de DPVAT da natureza Inundação da vítima Alessandro Lima Coutinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Bernardo Aguiar Nogueira  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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 SUSEP 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**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.575.303 / 94  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALESSANDRO LIMA COUTINHO inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 050.516.456 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima  
ALESSANDRO LIMA COUTINHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.516.456 / 38, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: RECUSO - M.E. 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 Inácio Pontes</u>		Número <u>634</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>IBIAPINA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62360-000</u>
Email <u>bernardonogueira.adv@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(88) 9.96243851</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9.96243851</u>

Ibiapina, 26 de abril de 2018  
Local e Data

Bernardo Aguiar Nogueira  
Assinatura  
ADVOGADO  
OAB/CE 38.484



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA

RG nº 2000281071898, data de expedição 21/08/2014,  
Órgão SSP/CE portador do CPF nº 907.786.853-49, com  
domicílio na cidade de TIANGUÁ no Estado de  
CEARÁ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SÍTIO SANTA MARIA, ZONA RURAL DE TIANGUÁ/CE, nº 517,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Alessandro Lima Coutinho cujo o condutor era  
Alessandro Lima Coutinho.

Veículo: **MOTOCICLETA**  
Modelo: **HONDA /NXR 150 BROS ES**  
Ano: **2007**  
Placa: **HXT 1192**  
Chassi: **9C2KD03307R026729**  
Data do Acidente: **30/10/2017**  
Local e Data: **TIANGUÁ, 08 DE FEVEREIRO DE 2018**

Leandro Damasceno da Rocha  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [ caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro ]

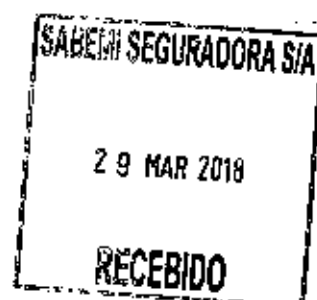
Reconheço a(s) firma(s) autenticidade e  
verdadeira de: Leandro Damasceno da Rocha

09 FEV 2018

ANASTACIA JANE N. DE SA - Escrevente Autorizada

CAETANO DE OLIVEIRA  
1ª CANTINA DE ALIMENTOS E BEBIDAS  
Av. Pref. João de Deus, nº 100  
Cidade: Tianguá - CE

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 07/11/2017



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 139196	Atendimento 0014	Nome do Paciente ALESSANDRO LIMA COUTINHO	CNS 698003286324134	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 12375986	Data de Nascimento 17/11/1980	Local BRASILIA/DF	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Pai HOZANAN RODRIGUES COUTINHO	Mãe MARIA LIDIUINA LIMA COUTINHO	Bairro CENTRO	CEP 62360-000	Município IBIAPINA
Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN	UF CE	Telefone 88 92542479	Profissão TECNICO AGRICOLA	Empresa
Conjuge MARIA SOLANGE LIMA MENDES	CPF do Responsável ALESSANDRO	Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Município IBIAPINA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/11/2017	Hora 10:59	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA	CRM/UF 17797/CE	Tipo Atendimento OBSERVACAO	Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA	
Observação encaminhado pelo Dr. Danilo.				
Sala	Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
			36,2	85
				R (mmHg)
				18
				PA (mmHg)
				142 X 84

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/11/2017 11:11

Responsável pela Classificação: FRANCISCO HELDER FI

Relatório:

Cliente dá entrada nesta Unidade, setor ACCR, orientado, consciente, deambulando sem ajuda, acompanhado da esposa, com história de queda de moto há 09 dias, com uso de capacete, referindo dores no ombro E e apresentando edema. O mesmo foi atendido na ortopedia desta Unidade, hoje pela manhã e solicita avaliação com o clínico, pois o paciente queixa-se de cefaleia, tonturas, visão turva e náuseas desde o acidente.

Nega alergia medicamentosa. Orientado quanto ACCR e aguarda atendimento médico.

SatO2= 100% a.a

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

07/11/2017 11:35:23h Responsável: GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA CRM-CE 17797

Paciente, vítima de acidente de trânsito com uso de capacete (capacete quebrou após o trauma segundo paciente) há 08 dias, com trauma contuso em região temporal direita e 02 episódios de síncope após o trauma, evoluindo com cefaleia, tontura e turvação visual além de 01 episódio de crise convulsiva HD TCE leve

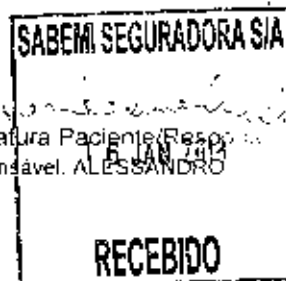
Prescrição: 0001 Data: 07/11/2017 Hora: 11:35 Médico: GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA CRM: 17797

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprezamento
SSV + CCGG			06/06 H	(1) Retina
Referência para SCMS				(2) Alinção
TC de crânio				(3) Atinção

Doença Paralela  
Data: 07/11/2017  
COREN 463.112

Georgina Terceiro de Oliveira  
17/11/2017  
CRM-CE 17797

GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA - CRM: 17797



Assinatura Paciente/Responsável: ALESSANDRO

Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
139196	0012	ALESSANDRO LIMA COUTINHO	898003286324134	
Documenta(s)				
Identidade	12375986		Estado Civil	Sexo
Data de Nascimento	17/11/1980		Casado(a)	Masculino
Pai	HOZANAN RODRIGUES COUTINHO	Mãe		Idade
		MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO		36 Ano(s)
Endereço	RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Bairro	CENTRO	CEP
				62360-000
Profissão	TECNICO AGRICOLA	Município	IBIAPINA	UF
				CE
Responsável	ALESSANDRO	Cônjuge	MARIA SOLANGE LIMA MENDES	Telefone
				88 92542479
		CPF do Responsável		
		Endereço	RUA SETE DE SETEMBRO, SN	
		Município	IBIAPINA	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	07/11/2017	Horário	08:07	Convênio	SUS	Matrícula		CID	
Profissional de Atendimento	DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF	16409/SP	Tipo Atendimento	RETORNO				
Indicador de Acidente		Funcionário	KILVIA MARA PEREIRA DE ALBUQUERQUE						
Observação									
Sala		Data/Hora Liberação		às		hs.		Tipo de Saída	( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais									
Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)		FR (mpm)	
									PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Rx claudicante

para o queixoso de TCE

s/ queixas claudicante

col: ao clínico (P.S.)

cd: 2ººº

Dr. Danilo Conserva Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRM: 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

SABEMI SEGURADORA S/A  
16 JAN 2018  
RECEBIDO

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável ALESSANDRO

Rm 07/11/17  
15:53h

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Paciente 139196	Atendimento 0010	Nome do Paciente ALESSANDRO LIMA COUTINHO	CNS 898003286324134	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 12375988			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 17/11/1980	Local BRASILIA/DF			Idade 36 Ano(s)
Pai HOZANAN RODRIGUES COUTINHO	Mãe MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO			
Residência RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Bairro CENTRO	CEP 62360-000	Município IBIAPINA	UF CE
Profissão TÉCNICO AGRICOLA	Empresa	Cônjuge MARIA SOLANGE LIMA MENDES		Telefone 88 92542479
Responsável ALESSANDRO	CPF do Responsável	Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN	Município IBIAPINA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/10/2017	Hora 08:37	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAYANE PARENTE PAULINO			COREN/UF 403173/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador do Acidente Trânsito			Filição DAYANE PARENTE PAULINO	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 30/10/2017 09:02	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	FC	P (bpm)	R (bpm)	PA (mmHg)
		36,4	88	18	140 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 30/10/2017 08:48

Responsável pela Classificação: DAYANE PARENTE PAUL

Relatório:

CLIENTE DÁ ENTRADA NA UNIDADE ACOLHIDO NA EMERGENCIA CONDUZIDO PELO RESGATE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E F.MSC. NEGA COMORBIDADES, REFERE ALERGIA A BUSCOPAN COMPOSTO

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

30/10/2017 09:01:56h Responsável: DAYANE PARENTE PAULINO COREN-CE 403173

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro0 esquerdo e pé esquerdo

30/10/2017 09:02:41h Responsável: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM-CE 15837

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro0 esquerdo e pé esquerdo

Prescrição: 0001 Data: 30/10/2017 Hora: 09:03 Médico: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM: 15837

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
reavaliar				
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML AMP (EV)	1 amp	E.V.	08/08 H	
CE FOPROFENO 100MG EV amp	100mg	E.V.	12/12 H	
Rx pé esquerdo				
Rx coluna cervical, torácica e lombar				
RX TORAX PA				

DAYANE PARENTE PAULINO - COREN: N: 403173

SABEMI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ALESSANDRO



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA

REGISTRO DE SOCORRO Nº

01

TURNO

Local: FIANZIBRE

DATA: 30.10.17

ALESSANDRO Lima CONTINHO

32 SPADIM (X)

OCORRÊNCIA: CE 187

Em Frente a ZENI

HORA DA OCORRÊNCIA: 8:06

CHEGADA AO LOCAL: 8:10

SAÍDA DO LOCAL: 8:30

CHEGADA AO HOSPITAL: 8:37

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO P. S.:

OCORRÊNCIA:

VITIMAS DE TRÂNSITO 05. ( )

AGRESSÃO 06. ( )

DEBILITAMENTO 07. ( )

VIOLÊNCIA 08. ( )

INCIDENTE 09. ( )

AFOGAMENTO 09. ( )

QUEIMADURA 10. ( )

CHOQUE ELÉTRICO 11. ( )

QUEDA 12. ( )

MAL SÚBITO

EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

JÁ REMOVIDO

FALSO AVISO

Secretaria Municipal

Grupo de Resgate  
Tiangua

CNES: 686178-8

Data: 28/11/2017

Entregue por

COREN-CE:

PELE

QUENTE ( )

SECA ( )

FRIA ( )

UMIDA ( )

NORMAL (X)

NORMAL (X)

RESPIRAÇÃO

SUPERFICIAL ( )

DIFÍCIL ( )

NORMAL (X)

AUSENTE ( )

FACILITAMENTO CAPILAR

NORMAL (X)

RETARDADO ( )

AUSENTE ( )

SANGRAMENTO

AUSENTE ( )

MÍNIMO (X)

MODERADO ( )

INTENSO ( )

PAULA

NORMAL (X)

CONFUSA ( )

INTELGÍVEL ( )

NENHUMA ( )

PUPILAS

D. MM E. MM

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

1 2 3 4 5 6 7 8

PA: 120x80

PULSO: 96

PRINCIPAIS LESÕES PRINCIPAIS: Vítima consciente, Orientada, sem dor, sem trauma na clavícula "E".

SABEM SEGURADORA SIA

16 JAN 2018

SET. ORIGINAL

300 MURCIS  
ELEVENING

Secretaria Municipal  
de Saúde

Grupo de Resgate  
Tiangua

CNES: 686178-8

Data: 28/11/17

Entregue por:

COREN-CE:

CURATIVOS  
BANDAGENS  
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  
FÉRULA DE TRAÇÃO  
LÍQUIDO EV

SINAIS DE ÓBITO:

( ) ANTES DO SOCORRO  
( ) ANTES DO TRANSPORTE  
( ) NO TRANSPORTE

Marcus Antônio de Rangel  
Tec. Enf. COREN 486990  
Socorrista OSU Tianguá

Dados Clínicos - Enfermagem

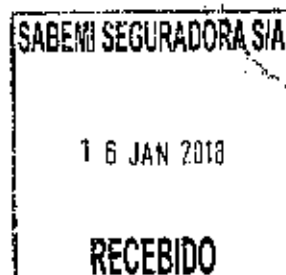
Paciente	ALESSANDRO LIMA COUTINHO			Prontuário	139196/0014
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
17/11/1980	38 Ano(s)	MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO			
Data Atendimento	Aposento			Quarto/Leito	
07/11/2017					
Profissional Responsável				CRM	
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA				17797	
Convênio	Sector	Especialidade			
SUS	EMERGENCIA	GERAL			

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 07/11/2017 20:48:39

CLIENTE SENDO TRANSFERIDO PARA SCMS, VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO A 8 DIAS O MESMO RELATA QUE ESTA SENTINDO TONTURA E VISÃO TURVA, ESTA SENDO TRANSFERIDO PARA REALIZAR TC DE CRANIO CONFORME PM

RESPONSÁVEL: TE: ADRIANO DA SILVA FREIRE - COREN-CE 12345



**Dados Clínicos - Enfermagem**

Paciente			Prontuário	
ALESSANDRO LIMA COUTINHO			139196/0014	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
17/11/1980	36 Ano(s)	MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO		
Data Atendimento	Aposento	Quarto/Leito		
07/11/2017		/		
Profissional Responsável			CRM	
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA			17797	
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	EMERGENCIA	GERAL		

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS - 07/11/2017 13:29:38**

FC: 89,00 bpm TEMP.: 36,0 °C RESP.: 19 ipm DIURESE: presente PA: 120x70

EVACUAÇÃO: presente

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 07/11/2017 14:22:55

CLIENTE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, VERBALIZA, DEAMBULA, REFERE CEFALÉIA, VISÃO TURVA, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Amanda de Sousa Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-CE 025813

RESPONSÁVEL: TE: AMANDA DE SOUSA ALMEIDA - COREN-CE 025813

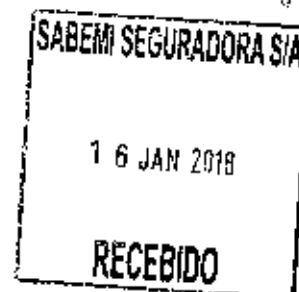
**SINAIS VITAIS - 07/11/2017 13:29:38**

FC: 89,00 bpm TEMP.: 36,0 °C RESP.: 19 ipm DIURESE: presente PA: 120x70

EVACUAÇÃO: presente

Amanda de Sousa Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-CE 025813

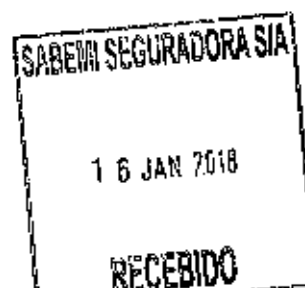
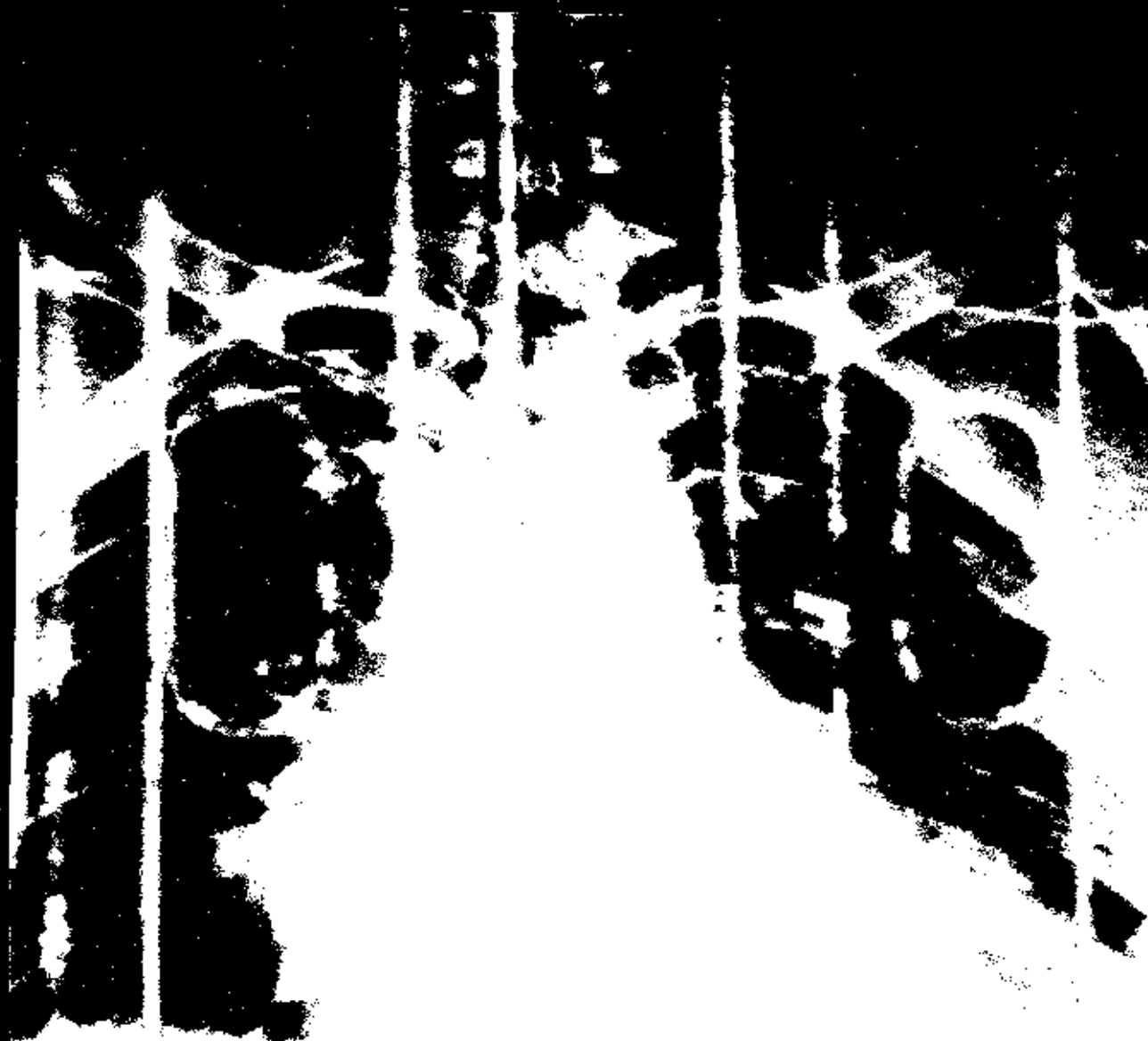
RESPONSÁVEL: TE: AMANDA DE SOUSA ALMEIDA - COREN-CE 025813



ALESSANDRO LIMA COUTINHO,  
ID:139196

Data:30/10/2017

DN:17/11/1980  
Hora:10:35:08



Escala: 1.00  
IE:1375

HOSPITAL SÃO CAMILO



2002099076188 DATA DE  
EXFEDICAO 23/7/2002  
BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

FILIAÇÃO JOSE NOGUEIRA JUNIOR E MARIA AU  
XILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

IBIAPINA-CE DATA DE NASCIMENTO  
22/4/1992  
CERT. NASC. 11759 L A 48 F  
146 1A. ZONA. IBIAPINA. CE

ASSINATURA DO DIRETOR

REPUBLICA DE GUATEMALA

Documento de Identificación

0012



*Bernardo Aguiar Nogueira*

SABEM SEGUADORA SIA

16 JAN 2018

RECEBIDO

CONSELHO DELEGADO DO CEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

FILIAÇÃO  
JOSÉ NOGUEIRA JÚNIOR  
MARIA AUXILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

INSCRIÇÃO  
IB/APINA-CE

DATA DE NASCIMENTO  
22/04/1902

RG  
200200078:06 - SSP/CE

CPF  
058.575.303-84

DOADOR DE ORGÃO E TEG-004

DATA DE EXPIRAÇÃO  
01/11/03/2017

SIM

*Marcelo Nogueira*  
MARCELO NOGUEIRA DO AMARAL  
PRESIDENTE

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 6.788/04)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Bernardo Aguiar Nogueira*



NOTAÇÕES



SABEMI SEGURADORA S/A  
16 JAN 2018  
RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

700007

DETRAN - CE Nº 013570267473  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM - D.N.I.R.C. - EXERCÍCIO  
PR 013570267473 0000000000 2017

NOME  
LEANDRO DE AMORIM RIBEIRO  
TIANGUIA/CE

CPF/CNPJ - PLACA  
90778395349 HXT1192/CE

PLACA ANUAL - CHASSI  
/CE 2028033078026729

ESPECÍFICO - COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/BICICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD  
HONDA/NXR150 BRUS ES 2007 2007

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
25/00CV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS  
1º 2º 3º

FAIXA DVA - PARCELAMENTO / COTAS  
1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
4,15 0,7 108,5

OBSERVAÇÕES  
28/06/2017

LOCAL - DATA  
TIANGUIA 28/06/2017

1000 RPT - Superintendente DETRAN-CE

TRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
DRES DE VIA TERRESTRE, QUANTO À SUA CARGA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013570267473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1004

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2017 01/08/2017

VIA - UFV / CNPJ - PLACA  
OU 90778395349 HXT1192

RENAVAM - MARCA / MODELO  
00914100195 HONDA/NXR150 BRUS ES

ANO FAB - CILINDRO - Nº CHASSI  
2007 09 2028033078026729

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - RENA (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
81,22 9,08 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL DO SEGURO (R\$)  
4,15 0,7 108,5

PAGAMENTO - DATA DE ORTAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 28/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

013570267473 00170





## DECLARAÇÃO DE LOCAL INCERTO E NÃO SABIDO

Eu, **Alessandro Lima Coutinho**, brasileiro, casado, técnico agrícola, inscrito no CPF nº 050.516.466-38, e portador da cédula de identidade nº 12375986, residente e domiciliado na rua 7 de setembro – lote 2, centro de Ibiapina-CE, **DECLARO**, para os devidos fins, que o proprietário **Leandro Damasceno da Rocha** encontra-se em local incerto e não sabido, estando assim, impossibilitado de assinar a Declaração de Proprietário do Veículo exigida pela seguradora líder no acesso ao prêmio de seguro DPVAT.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente, dando ciência e fê.

Ibiapina-CE 21 de Dezembro de 2017



Alessandro Lima Coutinho  
DECLARANTE

Reconheço por:  
☒ Autenticidade ☐ Semelhança  
Assinatura(s) de Alessandro Lima  
Cópia de Cartão  
Assinatura de Angélica Petrópolis  
21 DEZ 2017  
1ª Tabelião

SABEM SEGURADORA S/A  
16 JAN 2018  
RECEBIDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180035035 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO LIMA COUTINHO **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 10/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

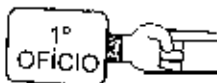
**Assinatura do médico:**



*Maia & Nogueira*  
ADVOGADOS ASSOCIADOS  
**PROCURAÇÃO**

**ALESSANDRO LIMA COUTINHO**, brasileiro, casado, técnico agrícola, inscrito no CPF nº 050.516.466-38, e portador da Cédula de Identidade nº 12375986, residente e domiciliado na rua 7 de Setembro, CS Lote 02, Centro, Ibiapina/Ce, nomeia e constitui como seu procurador o advogado, Bernardo Aguiar Nogueira, inscrito na OAB/CE 36.484, com endereço profissional à Rua Inácio Pontes, nº 634, Centro, Ibiapina/Ce, outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante as repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer, atuar inclusive em processos referente a obtenção do prêmio do seguro DPVAT, dando tudo por bom e valioso.

Ibiapina - CE, 07 de dezembro de 2017.



*Alessandro Lima Coutinho*

**ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Reconheço por: ☒ Autenticidade ☐ Semelhança  
Assinatura(s) de Alessandro Lima Coutinho  
Assinatura(s) de Bernardo Aguiar Nogueira  
Assinatura(s) de Antônio Petrópolis  
Data: 07 DEZ 2017  
Assinatura(s) de Antônio Petrópolis - 1º Tabelião

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

E-mails:

Dr. Raul F. Maia

Dr. Bernardo A. Nogueira

[raulmaia.adv@hotmail.com](mailto:raulmaia.adv@hotmail.com)

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9624-3851

[bernardonogueira.adv@hotmail.com](mailto:bernardonogueira.adv@hotmail.com)

(88) 9.9238-7444

(88) 9.9324-2617

