
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



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: 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 **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 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 n°: 13149569

A/C: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nº Sinistro: 3180035035
Vitima: 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.

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

*Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7*
[Signature]

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:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCUÍTO



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

Alessandro Lima Coutinho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Alessandro Lima Coutinho</i>	CPF titular da conta <i>050.516.466-38</i>	Profissão <i>Operário Agrícola</i>
Endereço <i>Rua 7 de Setembro</i>	Número <i>02</i>	Complemento
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Gibarauna</i>	Estado <i>Piauí</i>
Email <i>Riopardt.rseguro@gmail.com</i>	CEP <i>62-360-000</i>	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – 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 checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Gibarauna - PI, 03 de Dezembro de 2017

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

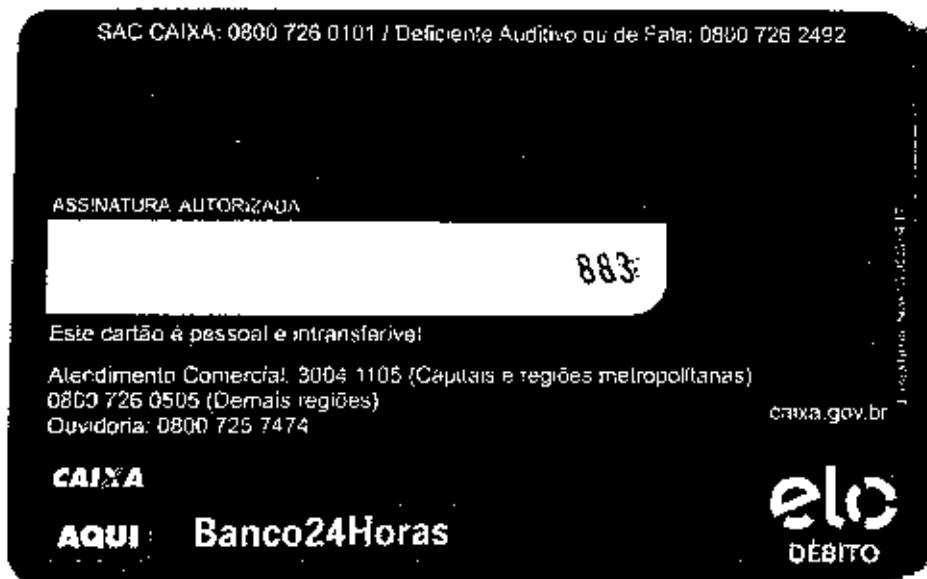
Alessandro Lima Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO





08 DEZ. 2017

Maria Nádia da Costa Aragão - AGENTE PÚBLICA
El Lucia Aragão Fortado - ESC. SUBSTITUTA
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO FOTO

Bolsa de Demanda
TODOS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA CIVIL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: PRÓXIMO A HONDA

Noticiante(s)

Nome: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nascimento: 17/11/1980 CPF: 050.516.466-32

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/MXR150 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 ESCORJACÕES.

SABEM SEGURADORA S/A

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

16 JAN 2018

JESSYCA AGUIAR BITTENCOURT - MAT.: 308643-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X* Alessandro Lima Coutinho RECEBIDO

VISTO DO DELEGADO(A):

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alessandro Leme Coutinho, portador da carteira de identidade nº MG19375986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, Cidade Ibiapina, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Alessandro Leme Coutinho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ibiapina - CE 21 Dezenbro 2013

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
16 JAN 2018
RECEBIDO

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

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

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	PCV	P (lpm)	R (minit)	PA (mmHg)
	36.4		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 EMERGÊNCIA CONDUZIDO PELO RESGATE. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E MSE, NEGA COMORBIDADES, REFERE ALÉRGIA A BUSCOPAN COMPOSTO

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solticados 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

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

Prescrição	Exagamento	Via	Frequência	Aprazamento
reavaliar				
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - 2ML AMP (E*)	1amp	E.V.	05/06 H	<i>Carvalho</i>
CE TOPROFENO 100MG EV amp	100mg	E.V.	12/12 H	<i>Carvalho</i>

Rx pé esquerdo

Rx coluna cervical, toracica e lombar

RX TORAX PA

-Co Gramatologia

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura Paciente/Responsável
ALESSANDRO

RECEBIDO

DAYANE PARENTE PAULINO - COR: N: 403173

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 - Conto de Energia Elétrica Grupo B | Série 9-4 | N° 492541407
 Companhia Energetica do Ceará
 Rua Pedro Valdembri, 100 | CEP 60135-050 | Fortaleza/CE
 CNPJ 07.047.751/0001-70 | CGF 06 105-S 18 3

A Tarifa Socio
Incentivada
Comprovante de Pagamento
0015*

Esta é a segunda via de
SET/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE 4384441 **DU** 3

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

End. da Unidade Consumidora RU 7 DE SETEMBRO 0000 CS LOTE 02 CENTRO IBAPINA
62360-000

RG / CPF / CNPJ 050.516.466-38 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Medidor 25115802 Poste
0000 A09L

Endereço Postal

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lectura Atual Lectura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Inc. Consumo Faturado

7400	7275	1	125	0	1	125
------	------	---	-----	---	---	-----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

125 0,74623 93,27

DATAS DE LEITURA

Date de Emissão Apresentação	12/09/2017	Prev. Próxima Leitura	11/10/2017
------------------------------	------------	-----------------------	------------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

307E,9649,B355,8970,7D30,5101,6764,568F

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	31,04
TRANSMISSÃO	3,10
DISTRIBUIÇÃO	21,08
ENCARGOS RETORIAIS	7,30
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	10,79

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

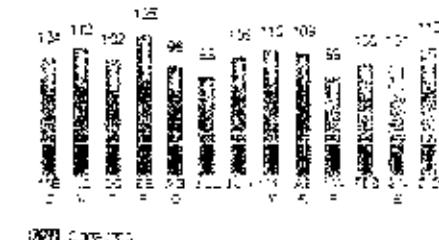
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,80

Conjunto: IBAPINA

Mês: JUL/ 2017

	Padrão	Indiv.	dual	Apuração	Individ.	Mensal	Trimest.	Anual	Mensal	Trimest.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (uni)	3,36	6,72	13,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03										

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



19,80 Correto

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensou suas emissões pelo consumo da energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) : Compensado kg (CO₂) : Consideração Ecologica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

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

PARA A SEGUROADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

RG nº 200.209.907-6/68 data de expedição 24/05/2018 Orgão SSP/CE

CPF nº 053.575.303-94, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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/Praça)	Rua Inácia Pontes
Número	634
Apto / Complemento	SITUAÇÃO NO CANTÃO DA LIBERDADE
Bairro	CENTRO
Cidade	IBIAPINA
Estado	CEARÁ
CEP	62.360-000
Telefone de Contato	(88) 9.9624.3851
E-mail	bernardo.nogueira.adv@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me,

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

Assinatura do Declarante:

Dr. Bernardo Aguiar Nogueira
AVOGADO
OAB/CE 38.484



Scanned with CamScanner



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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) Alejandro Lima Cantinho do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima Alejandro Lima Cantinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: _____

3 Bernardo Aguiar Nogueira
ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABENI SEGURADORA S/A
16 JAN 2018
RECEBIDO



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

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\$ R\$ 1.550,00 ME

Documentos comprobatórios: _____

Assinatura: Bernardo Aguiar Nogueira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP**

Digital Photo Camera SUSEP 44512
-0030-

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalder.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 SUSEP³ 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 COAF².

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

³ 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 MOURA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.575.305-44,
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 VITIMA
ALESSANDRO LIMA COUTINHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.516.456-38, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Avegado Renda: R\$ 25.000,00 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	Rua Inácio Pontes	Número	634	Complemento
Bairro	Centro	Estado	Ce	CEP
	JBIAPINA			62360-000
Email	benardonequira.adv@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(88) 9.96243851	Telefone celular (DDD)
				(88) 9.96243851

Abreiaina, 26 de abril de 2018.

Locate Data

~~Assessoria Jurídica Notária~~
ADVOCADO
TABICE 34.484

SABEMI SEGURADORA S/A

10 MAI 2018

RECEBIDO



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 S/N,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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

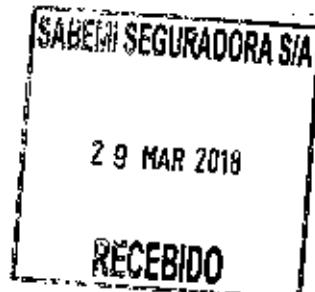
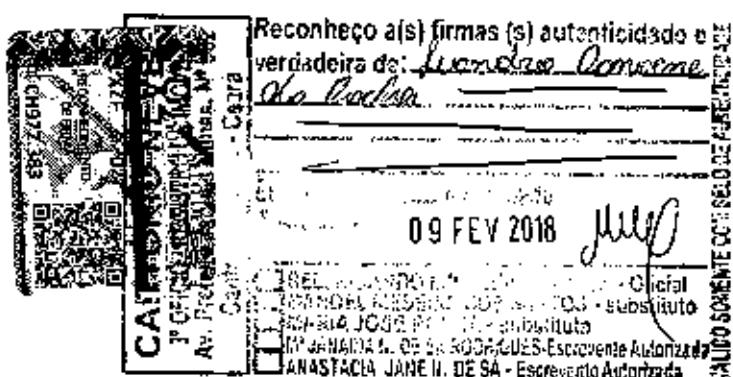
Chassi: 9C2KD03307R026729

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 }



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Impressão: 07/11/2017

Guia de atendimento - EMERGENCIA



DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente		CNS	Guia de Autorização
139196	DC14	ALESSANDRO LIMA COUTINHO		698003286324134	
Documento(s)	I.D.			Estado Civil	Sexo
	12375986			Casado(a)	Mas.
Data de Nascimento	Local			Idade:	
17/11/1980	BRASILIA/DF			36 Anos	
Pai	Mae				
HOZANAN RODRIGUES COUTINHO	MARIA LUDUINA LIMA COUTINHO				
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
RUA SETE DE SETEMBRO, SN	CENTRO	62360-000	IBIAPINA	CE	88 92542479
Profissão	Empresa	Conjugue		UF	CE
TECNICO AGRICOLA		MARIA SOLANGE LIMA MENDES			
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF	CE
ALESSANDRO		RUA SETE DE SETEMBRO, SN	IBIAPINA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	: Hora	Convenio	Matrícula	CID
07/11/2017	10:59	SUS		

Profissional do Atendimento	CRM/UF	Type Atendimento
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA	17797/CE	OBSERVACAO

Indicador de Acidente	Funcionário
	FAIANE SOUZA DE LIMA

Observação: encaminhado pelo Dr. Danilo.

Sala: Data/Hora Liberação: às hs. | () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais: Peso(kg) Altura (cm) T(ºC) P (bpm) R (impm) PA (mmHg) 142 X 84

36,2

Classificação de Risco

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

Responsável pela Classificação: FRANCISCO HELDER F

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 sincope após o trauma, evoluindo com cefaléia, 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	Aprazamento
SSV + CCGG			06/06 H	(1) Retina (2) Alívio (3) Ativ. clin.
Referência para SCMS				
TC de crânio				

DATA: 07/11/2017
PRAZO: 07/12/2017
CORON: 463.1.1

Assinatura do Profissional de Saúde
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA CRM: 17797

GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA - CRM: 17797

SABEM SEGURO D'ÁGUA
Assinatura Paciente/Responsável: ALESSANDRO
RECEBIDO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Impressão: 30/10/2017 09:03

Página 1

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Procedimento	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
139196	0010	ALESSANDRO LIMA COUTINHO	898003286324134	
Documento(s)				
Identidade:	12375985			
Data de Nascimento				
17/11/1980	Local	BRASILIA/DF		
Pai		Mae		
HOZANAN RODRIGUES COUTINHO		MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA SETE DE SETEMBRO, SN	CENTRO	62360-300	IBIAPINA	CE 88 92542479
Profissão	Empresa	Conjuge		
TECNICO AGRICOLA		MARIA SOLANGE LIMA MENDES		
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ALESSANDRO		RUA SETE DE SETEMBRO, SN	IBIAPINA	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	TCD
30/10/2017	08:37	SUS		
Profissional do Atendimento			COREN/CE	
DAYANE PARENTE PAULINO			403173/CE	Consulta com Procedimento
Indicador de Acidente			Funcionário	
Trânsito			DAYANE PARENTE PAULINO	
Observação				
Saíra		Data/Hora Liberação		
		30/10/2017 09:02		
Sinais Vitais				
Peso (Kg)	Altura (cm)	(C)	R (ppm)	P& (mmHg)
		36,4	88	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 EMERGÊNCIA CONDUZIDO PELO RESGATE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E PÉ MSC. NÉGA COMORBIDADES, REFERE ALÉRGIA 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

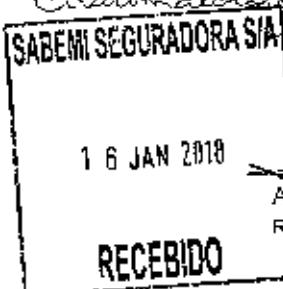
30/10/2017 09:02:41h Responsável: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM-CE 15837

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

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

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
reavaliar				
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML AMP (EV)	1amp	E.V.	06/08 H	Rx dia 01/11/17
CE: FOPROFENO 100MG EV amp	100mg	E.V.	12/12 H	Rx dia 01/11/17
rx pé esquerdo				
Rx coluna cervical, toracica e lombar				
RX TORAX PA				

DAYANE PARENTE PAULINO - COR: N: 403173



Aassinatura Paciente/Responsável
Responsável: ALESSANDRO

RECEBIDO

Dados Clínicos - Enfermagem

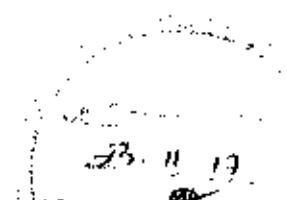
Paciente				Prontuário	139196/0014
ALESSANDRO LIMA COUTINHO	Idade	(Nome da Mãe)			
17/11/1980	36 Ano(s)	MARIA LIDUNA LIMA COUTINHO			
Data Atendimento	Aposento			Quarto/Letra	/
07/11/2017					
Profissional Responsável				CRM	
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA					17797
Convenio	Sector		Especialidade		
SUS	EMERGENCIA		GERAL		

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTACOES 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


SABENI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

Periodo: 07/11/2017 13:29:38 à 07/11/2017 14:24:01

Dados Clínicos - Enfermagem

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

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

EVACUAÇÃO: presente

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

CLIENTE EM REPOSO NO LEITO, CONSCIENTE, VERBALIZA, DEAMBULA, REFERE CEFALÉIA, VISÃO TURVA, FUNÇÕES FISIOLOGICA PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Amanda de Souza 025813
Téc Enfermagem
COREN-CE 025813

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

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

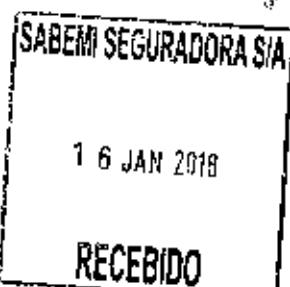
FC: 89,00 bpm TEMP.: 36,0 °C RESP.: 19 lpm DIURESE: presente PA: 120x70

EVACUAÇÃO: presente

Amanda de Souza 025813
Téc Enfermagem
COREN-CE 025813

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

23/11/17
JAC



ALESSANDRO LIMA COUTINHO,
ID:139196

Data:30/10/2017

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



SABEMI SEGURADORA SIA

16 JAN 2018

RECEBIDO

Escala: 1.00
IE:1375

HOSPITAL SÃO CAMILO



www.911.org

874 694536

SABEMI SEGURADORA S/A
16 JAN 2018
RECEBIDO

2002099076188

23/7/2002

BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

JOSE NOGUEIRA JUNIOR E MARIA AUXILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

IBIAPINA-CE

DATA DE NASCIMENTO

22/4/1892

CERT. NASC. 11759 L. A. 48 F

146 1A. ZONA, IBIAPINA, CE

ASSINATURA DO DIRETOR

1007-5006-21-663



SABEM SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

NOME: BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

FUNÇÃO: JOSÉ NOGUEIRA JÚNIOR
MARIA AUXILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

RESIDÊNCIA:
IBAPINA-CE

RG: 2002CB0078106 - SSP/CE
DONOR DE INÍCIAIS E TÍTULO: SIM

MARCELO NOGUEIRA DO AMARAL
PRESIDENTE

DATA DE EXPEDIÇÃO:
22/04/1993

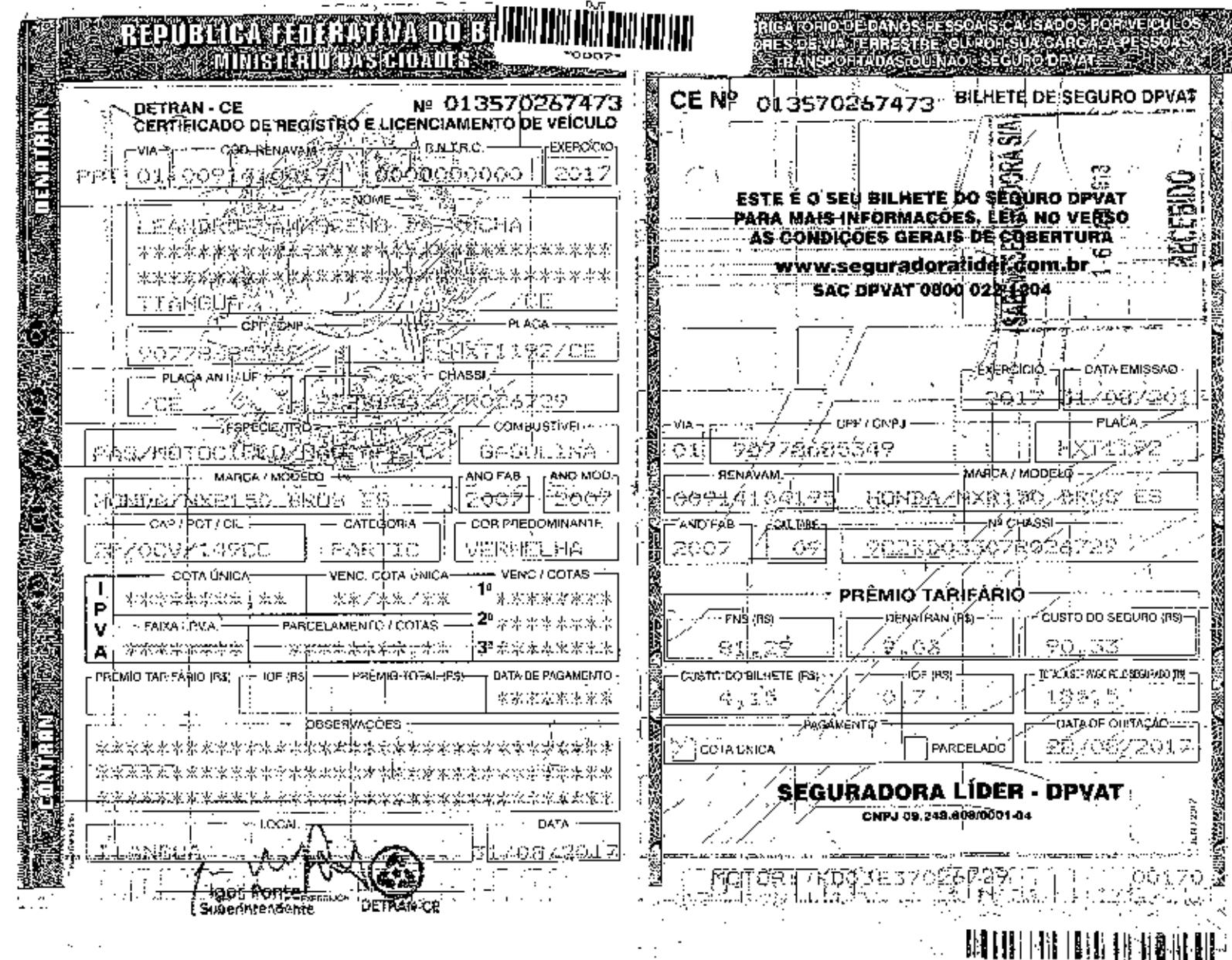
CPF:
058.575.303-94
Nº DE EXPEDIR: 01
01.11/03/2017



SABEMI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO





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 fé.

Ibiapina-CE 21 de Dezembro de 2017



Alessandro Lima Coutinho
DECLARANTE

Reconheço por: Autenticidade Semelhança
(s) firma(s) de Alessandro Lima

WBR-00021 REGISTRO DE FIRMAS DE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS
CH588.189

21 DEZ 2017

Audição pelo Oficial de Justica

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".



Procuração



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

Reconhecimento: Autenticidade Semelhança

A(s) firma(s) de Alessandro Lima

COUTINHO

Assinatura registrada:

07 DEZ 2017

Assinatura registrada:

Assinatura registrada:



SABEM SEGURODORA S/A

Telefones:

Dr. Raul F. Maia

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9238-7444

Dr. Bernardo A. Nogueira

(88) 9.9624-3851

(88) 9.9324-2617

E-mails:

raulmaia.adv@hotmail.com

bernardonogueira.adv@hotmail.com

16 JAN 2018

RECORRIDO