

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Nº Sinistro: **3180312211**

Vitima: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Data do Acidente: **19/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELSO GOMES PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312211**.

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 13104401



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Sinistro: **3180312211**
Vítima: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**
Data do Acidente: **19/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CELSO GOMES PINHEIRO**

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 3180312211** 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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Sinistro: **3180312211**

Vítima: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Data do Acidente: **19/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELSO GOMES PINHEIRO**

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 3180312211** 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



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.

Número do Sinistro: **3180312211**

Nome do(a) Examinado(a): **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PE CICERO, 923 - CJ METROPOLITANO - Caucaia - CE - CEP 61604-340

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2007010172856**

Data e local do acidente: [**19/03/2018**] **CAUCAIA, CE.**

Data e local do exame: [**13/08/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO. FRATURA NO PUNHO DIREITO.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA, BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO COM PÉ EQUINO DIFICULTANDO APOIO E CARGA SOBRE O MEMBRO INFERIOR. APRESENTA EDEMA RESIDUAL NO PUNHO E BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO DA FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO DIREITO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIOS CRUZADOS NO PUNHO E PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA. SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO E A TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. RECEBEU ALTA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

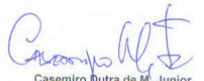
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

FRATURA DO TORNOZELO COM PROVÁVEL DIAGNÓSTICO TARDIO NÃO REFERIDA NO DOCUMENTO DE ATENDIMENTO INICIAL RELATADA EM LAUDO MÉDICO POSTERIOR E NO RELATO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

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	Nome completo da vítima
	07005023358	ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO		07005023358	AUTÔNOMO
Endereço		Número	Complemento
RUA PDE CICERO		923	ST 02
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO DE CAUCAIA	CAUCAIA	CEARA	61600000
Email			Telefone (DDD)
			(85) 999890779

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3281 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 40738 D/V 0 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO.	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. D/V (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.

Caucaia, 28 de maio de 2018

Local e Data

Alyson Matheus Pereira Azevedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[Assinatura]



Consulta TEV Enviada

Conta origem:	
Conta destino:	3281 / 013 / 00040738-0
Nome destinatário:	ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO
Quantidade de vezes:	
Valor (R\$):	
Data de débito:	19/05/2018
Data/hora da operação:	19/05/2018 07:06:20
Código da operação:	000863
Chave de segurança:	SK8L7UM0JV0GS1EE





BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 4649 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/05/2018 14:49:07**
Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2018 00:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTOTNO LESTE EM BAIXO DO**
Complemento:
Bairro: **NOVA METROPOLE** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **VIADUTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**
Nascimento: **17/05/1995** CPF:
RG: **2007010172856** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ADRIANA PEREIRA DO NASCIMENTO**
FRANCISCO NEURY AZEVEDO LIRA
Endereço: **RUA PADRE CÍCERO, 923**
Bairro: **CONJUNTO METROPOLITANO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ADRIANA PEREIRA DO NASCIMENTO**
Nascimento: CPF:
RG: **93002384388** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **PERCILIA PEREIRA DO NASCIMENTO**
CLAUDIO LOPES DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA PE. CICERO, 923**
Bairro: **CONJUNTO METROPOLITANO**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98678-4035**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYH4506** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD03208R030174 Renavam: **983733384** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA ERIVANDA DO NASCIMENTO**
SANTOS Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A declarante vem noticiar que no dia e hora acima mencionado, seu filho ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO, pilotava a moto já descrita anteriormente, quando ao chegar em baixo do viaduto da Avenida Contorno Leste, colidiu em uma outra moto de placas que não sabe informar; Que seu filho caiu ao solo que na queda quebrou a perna em três partes; Que o seu filho foi levado ao hospital municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico. assevera a declarante que seu filho não é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Adriana Pereira do Nascimento



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



BOLETIM DE Ocorrência N° 201-4649 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Robriana Pereira do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

CPF da Vítima

07005023358

Data do Acidente

19.03.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

laucara, 25 de maio de 2018
Local e Data



ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

08



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

SINAIS VITAIS			
Horário:			
PA:			
Temper:			
Peso:			
Estat.:			

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 19.03.18 Horário: 01:01 Paciente chegou: ☐ Andando ☐ Ambulância ☐ Automóvel ☐ Outros

Paciente: Alison Mateus Pereira Azevedo

Nome da Mãe: Adriana Pereira do Nascimento

Idade: 22a Sexo: M Data de Nascimento: 17/05/95 Identidade: 200.010172856 Telefone p/ contato: 98.66.6676

Endereço (Rua, nº): R Padre Cícero, 923

Bairro: Pici Cidade: Caucaia Estado: CE Nome do Funcionário SAME: Simone

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Traumatologia / Ortopedia

História Clínica: Politrauma pós ac de moto/ciclota (sem capacete). Trauma p/ a tórax. Consciente, orientado. Dor em joelhos E 8 ponto 7.

Diagnóstico: Sol. T x

1) 2) 3) 4)

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

Dr. Wander de Almeida Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14753

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	Tramadol 100mg + 100mg S.O.S. Lento Percussão scalp.	02:40		

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
01 JUN 2018

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito

DATA SAÍDA: HORA SAÍDA:

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável: Anderson Rodrigo Pereira Azevedo



Nº de Inscrição:

057037213

DADOS DO CLIENTE

Nome: ADRIANA P. DO NASCIMENTO

End. Leitura: AV PDE CICERO ST-02, 923, CENTRO DE CAUCAIA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61600-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129 Setor: 002 Quadra: 0231 Lote: 0025 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Públicas: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R05L075046	1236	1245	13	13

DATAS

Leitura Atual: 27/03/2018 | Emissão: 27/03/2018 | Lacre Água: 230126

Leitura Anterior: 23/02/2018 | Próxima Leitura: 26/04/2018 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1-6	1-6	0-12	1-6	1-6
Analisadas	155	155	155	155	155
Em conformidade	155	152	152	117	155

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

24 DE MARÇO: DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
TARIFA DE CONTINGÊNCIA

Valor	HISTÓRICO DE VOLUME
36,88	Água (m³)
14,97	Esgoto (m³)
	MAR/17
	ABR/17
	MAY/17
	JUN/17
	JUL/17
	AGO/17
	SET/17
	OUT/17
	NOV/17
	DEZ/17
	JAN/18
	FEB/18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,49	VALOR DO SERVIÇO	65,28
COFINS	2,17	VALOR DO SUBSÍDIO	13,43
		VALOR TOTAL A PAGAR	81,88

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2018	11/04/2018	51,85

ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco Bradesco Agência Bradesco Serviços de Atendimento ao Cliente

Banco do Brasil Agência Banco do Brasil Serviços de Atendimento ao Cliente

Banco Itaú Agência Itaú Serviços de Atendimento ao Cliente

Banco Santander Agência Santander Serviços de Atendimento ao Cliente

Banco Unibanco Agência Unibanco Serviços de Atendimento ao Cliente



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSON GOMES PINHEIRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 791.649.193/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 070050233/58, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 070050233/58, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. PAULO GOMES DA SILVA</u>		Número <u>226</u>	Complemento _____
Bairro <u>PARQUE SOLEDADE</u>	Cidade <u>CAUCAIA</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>61603-070</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(85) 999890779</u>



Caucaia 28 de maio de 2018
Local e Data

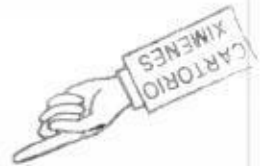
Celson Gomes Pinheiro
Assinatura do Declarante

Celson Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Erivanda Sousa do Nascimento,
RG nº 93015023478, data de expedição 17/06/2013,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 463.995.543-72, com
domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Debra Vieira - Conjunto Metropolitan, nº 1569,
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 Alyson Mathus Bruno Aguiar cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLGA
Modelo: HONDA/NXR 190 BROS KS
Ano: 2008
Placa: HYH 4506
Chassi: 9CLK1003208RD30174
Data do Acidente: 10/03/2018
Local e Data: Caucaia 15/05/2018



Maria Erivanda S. do Nascimento
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura
indicada de **MARIA ERIVANDA SOUSA DO NASCIMENTO**
Dou Fé **Caucaia-CE, 15 de maio de 2018**
Em Teste da Verdade
Ana Karina Lima Linhares Loiola - Tabela

Cartório Francisco Ximenes de Melo
Tabelião

Confira os dados do ato em:
seledigital.tjce.jus.br/portais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº CJ 688248 PQYB





GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

08

SINAIS VITAIS			
Horário:			
PA:			
Temper:			
Peso:			
Estat.:			

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 19.03.18	Horário: 01:01	Paciente chegou:	<input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Amبولância	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Outros
Paciente: Alison Mateus Pereira Azevedo				
Nome da Mãe: Adriana Pereira do Nascimento				
Idade: 22a	Sexo: M	Data de Nascimento: 17.10.95	Identidade: 3007010172856	Telefone p/ contato: 987665676
Endereço (Rua, nº): R. Padre Cerezo, 923				
Bairro: Pici	Cidade: Caucaia	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME: Simone	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		Tratamento Odontológico

História Clínica:

Poli-trauma pós acidente de moto - queda (sem capacete) batido por um carro. Corrente de corrente elétrica nos olhos e no ponto D.

Diagnóstico:

Sol. 1/2

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

1) _____	3) _____
2) _____	4) _____

EXAMES SOLICITADOS

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	Tramadol 100mg + 100mg S.O.S. lenh. Pensão scalp.	7 (01:40)		Roberto

DESTINO DO PACIENTE			DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito		

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

X Anderson Rodrigo Pereira Azevedo



CAUCAIA
Secretaria de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
PRONT 30140

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR-A.I.H.**

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Fem 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

85 98766 5076

14 - CDD. IBOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

23/03/2016 6/602800

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt vítima de colisão moto moto, sem capacete e suspeita de ingestão de álcool e 1 frst de punho D (23 B+) + Fr de plato tibial (SK IV).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr punho e plato tb. E.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trt cirurgia de fr plato e punho

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

03 05 18

Dr. Vanderson Fechine
Médico Auditor
CRM 6242
CPF 472553073-53




GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 30140

NOME: <u>ALYSON MATEUS PEREIRA AREVEDO</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>17/05/95</u>	IDADE: <u>22 A</u>	COR: <u>M</u>	SEXO: <u>M</u>	ESTAD. CIVIL: <u>SOL</u>	NATURALIDADE: <u>FORT</u>
Nº IDENTIDADE: <u>7007010177896</u>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <u>ECUADOR</u> <u>A. BIRAO</u> <u>AGUANA PEREIRA NTº</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>TE. PEREIRA</u>					Nº <u>923</u>
BAIRRO: <u>PICUI</u>	MUNICÍPIO: <u>CAUCAIA</u>			FONE: <u>98766561</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>ECUADOR</u>					
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <u>O MESMO</u>					
DATA DE ADMISSÃO: <u>19.03.10</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>01:30</u> h		FUNCIONÁRIO: <u>E</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>At. vítima de colisão moto/moto e/ fr. de punho D e</u> <u>frat. plató lateral E.</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Neurovascular preservado MIE</u> <u>Def. em punho D</u> <u>Col. cervical sem dor à palpação e mob.</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>Fr. punho D</u> <u>Fr. plató E</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fr. punho D</u> <u>Fr. plató E</u>					
ASSINATURA <u>[Assinatura]</u> Dr. Wladimir Augusto Mendes, Ortopedista Traumatologista CRM 12752					

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Audson Marcos Almeida</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia: <u>3 04/18</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião: <u>MARCOS ALMEIDA</u>	1º Auxiliar: <u>JÚLIO</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista: <u>HERNAN</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>FRATURA DO PÊTALO GIBAL (E)</u>			
Tipo de Operação			
<u>DESSEMINAÇÃO CIRÚRGICA</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso em ODA sob anestesia 2. Inspeção + anisepsia 3. Desbridamento cirúrgico 4. Lavagem exaustiva da queda 5. Curativo 			
			

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN 2018

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Alvinon matheus</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia <u>25/03/18</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião <u>Roberto Botelho</u>	1º Auxiliar <u>Lucas Araújo</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Alexandre</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>função do órgão distal 2m</u>			
Tipo de Operação <u>trat. cirúrgico função do aparelho digestivo</u>			

Diagnóstico Pós-Operatório o mesmo

Relatório Imediato do Patologista 7

Exame Radiológico no Ato abs

Acidente durante a Operação abs

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

Desenho da lesão
lesões e alterações
função e cor dos órgãos
lesões e alterações
efetiva função com bons resultados
Alimentação - normal
condição física
medicamentos prescritos

COMPREV SEGUROS
PREPAGADO S/A
01 JUN 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Alvin Matus</u>			Nº Reg.	
Data da Cirurgia: <u>25/03/18</u>		Enf.	Leito	
Cirurgião: <u>Bruno Barros</u>		1º Auxiliar: <u>Adriano</u>		
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista: <u>Alexandre</u>		Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fusos e corpos estranhos</u>				
Tipo de Operação: <u>Tut. cirúrgica fusos e corpos estranhos</u>				
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>sem</u>				
Relatório Imediato do Patologista: <u>✓</u>				
Exame Radiológico no Ato: <u>sim</u>				
Acidente durante a Operação: <u>sim</u>				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

Realizada a cirurgia
Assistida por Anestesiologista
Acesso Abdominal - mediana a 10 cm da umbilical
Dissecção da parede
Uso de força dos instrumentos
Exatidão das ligaduras com fio e pontos
Hemostasia com pontos
Sutura da parede
curativo estéril

COMPRESSEGUROS
25/03/2018

[Assinatura]

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
18/04	Rec. STORV em UB o PB San. Quim. de TB, PULS PULSAR o MIO O MIO CURTOS PULO	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMICE: 5674 TEUT 7.207
19/04	Rec. APP. TB Quim. de TB No ponto 5 Quim. Mundo tem TB PULS C/ GON (+/4H) LUNAR: PULS TUBS Cor PULS STORV STORV San. TB. de MIO ou PULS UB o TB STORV A Quim. O MIO	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMICE: 5674 TEUT 7.207
20/04/18	Pacient - AT 3 Tirocin. exame instel e melhora após longa curaçã C/ melho AT 3	
21/04	Rec. TB afirmar	Dr. Rafael da Silva Cavalcante Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 44.3707 TEOT 16.316
22/04/18	Pacient instel e em melhora de AT 3 C/ VDM	Dr. Ismael Pontes Moura Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 14.405 - TEOT 13261
23/04/18	Rec. TB TB instel e melhora exame e com melhora e com TB de AT 3 TB	Dr. Bruno B. Borelli Ortopedia e Traumatologia CRM: 9320 TEOT 11433

COMPREV SEGUROS
07 JUN 2018



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO



NOME: ALYSON MATHEUS P. AZEVEDO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **19/03/2018**. **SOFREU FRATURA DE PLANALTO TIBIAL A ESQUERDA, FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E FRATURA DO PUNHO DIREITO**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS TRÊS FRATURAS, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO ARCO DE MOVIMENTO E ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO**. APRESENTA TAMBÉM **DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO**. O PACIENTE APRESENTA, AINDA, DÉFICIT DE FORÇA, DIFICULDADE DE MARCHA E INCAPACIDADE PARA USO PLENO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. EM RELAÇÃO À FRATURA DE PUNHO DIREITO APRESENTA COMO SEQUELAS: **DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, DEFORMIDADE RESIDUAL, DOR CRÔNICA E REDUÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR**.

DATA 22/09/18

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

212.77381.93-5

4099860

0040

CE

Alyson Mathheus Pereira Azevedo
ASSINATURA DO TITULAR



POSSESSOR DIREITO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

FILIAÇÃO.....: FRANCISCO NEURY AZEVEDO LIRA
ADRIANA PEREIRA DO NASCIMENTO
NASCIMENTO.....: 17/05/1995
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: FORTALEZA - CE
DOCUMENTO.....: C. 1.2007010172856 17/05/2007 SSPDS CE
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 070.050.233-58 CNH.....
TIT. ELEITOR: SEÇÃO:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/CE - 16/07/2013

ZONA:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN 2018



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
070.050.233-58

Nome
ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

Nascimento
17/05/1995

CÓDIGO DE CONTROLE
E32B.73CF.C8C0.71EC

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:31:52 do dia 03/07/2017 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 070.050.233-58

Nome: ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

Data de Nascimento: 17/05/1995

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 05/12/2012

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:48:28 do dia 28/05/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3486.D59C.9376.09C6



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NUMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA	NUMERO 226	COMPLEMENTO TERREO;	
CEP 61.603-070	BAIRRO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 25/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia **26/08/2014** às **11:25:53** (data e hora de Brasília).


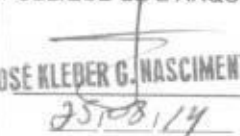

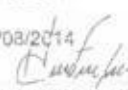
Página: 1/1

[Voltar](#)



REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas) CELSO GOMES PINEIRO			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO	
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHAO PARCIAL		
FILHO DE (pai) MANOEL PINEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Orgão Emissor SSP	UF CE
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)		CPF (número) 791.649.193-15	
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES		NÚMERO 184	
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO	BAIRRO / DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE		
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:			
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINEIRO			
LOGRADOURO (rua, trav, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA		NÚMERO 226	
COMPLEMENTO TERREO: TERREO:	BAIRRO / DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61603070	
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade principal 8219999 Atividades secundárias	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS		
			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/gerente) CELSO GOMES PINEIRO		USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTE DE AUTORIZAÇÃO GOVERNAMENTAL <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO	
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO Celso Gomes Pineiro		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.  JOSÉ KLEBER G. NASCIMENTO 25/08/14		AUTENTICAÇÃO  JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014  HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL	



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO;, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

celso gomes pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE

CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014

SOB Nº: 20141102624

Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014

Empresa: 23 1 0359240 6

CELSO GOMES PINHEIRO

Haroldo
HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 UNIÃO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **CELSO ROBERTO PINHEIRO**

IDENTIFICAÇÃO: 2008010112607 SEXO: **MA**

Idade: **791.649.193-15** DATA NASCIMENTO: **25/12/1976**

Nome: **MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO**
MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO

Estado: **CE** CATEGORIA: **01** GÊNERO: **01**

Validade: **04/09/2015** VENCIMENTO: **04/09/2015**

Observação:

Carta de Habilitação

Local: **FORQUILHEIRA, CE** Data: **25/12/2013**

Assinatura: *[Assinatura]* 2008010112607 01139143740

883208334

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 09 JUL 2018
 Nome: _____

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 16 MAI 2018
 Nome: _____

7152332-4

de 28 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP: 60035-040 / Fortaleza - CE
CNPJ: 07047251/0001-70 | CDP: 06.405.849-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 519128924
Nome 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 28/03/2018
End. Pos. ELSON GOMES PINHEIRO

RU PAULO GOMES DA SILVA 00226
Medidor PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070
Classe 2577879
RG / CPF 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO LGF
Nome do Responsável 791649193-15

DATAS
Mês de Referência 28/03/2018
Data de Apresentação 27/04/2018
Provisão Próxima Leitura
ICMS Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos

Mês

CAUCAIA

Jan/2018

EUSD 11.48

Posto 28/03/2018 7

Aprovação Individual

	Manual	Trím.	Anual	Manual	Trím.	Anual
DIC	5.31	18.62	21.25	0.00	0.00	0.00
FIC	3.30	6.60	13.20	0.00	0.00	0.00
DMIC	3.03					

CONSUMO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Impl.	Const. Fiel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 2265	2214	1.00	55	0.00	01	R\$ 0,5001	27,50

RESERVAÇÃO 27/02/18 29 DIAS 55 VALOR (R\$) 27,50
VALOR CONSUMO DO MES 37,99
JUROS DO MES 2,02
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,58

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
REC. 09 JUL 2018
Nome:

VERIFICAMENTO 05/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 49,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Previsão	12,00
Transmissão	1,43
Distribuição	0,43
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	11,90
TOTAL	25,76

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

48	45	42	39	36	33	30	27	24	21	18	15
48	55	55	51	49	36	37	33	30	33	36	35

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) 23,77
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (NCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VERIFICAMENTO

PARA CANCELAR SUA CONT. EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUNDO O SEU VOUCHER.

Cuide de si, dos seus e dos outros. Não se esqueça de usar máscara, manter distância e evitar aglomerações. Fique atento às notícias e orientações do Ministério da Saúde, Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 1,58 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,79% e COFINS: 0,64%.

Para o mês de março/18 a bandeira será verde, sem custo para os consumidores. Mais informações em www.enei.gov.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
REC. 16 MAR 2018
Nome:

Nº do Cliente: 7152332-4 Referência: Total a Pagar (R\$): Mar/2018
Data de Emissão: 28/03/2018 Nº de Controle: 49,59
Nº da Nota Fiscal: 519128924 0007152332 00029 39302 00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247837/18

Vítima: ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

CPF: 070.050.233-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/03/2018

Titular do CPF: ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO : 070.050.233-58

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

CELSO GOMES PINHEIRO : 20.905.851/0001-90

Declaração Circular SUSEP 445/12

Estatuto ou contrato social

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2018
Nome: CELSO GOMES PINHEIRO
CPF/CNPJ: 20.905.851/0001-90

CELSO GOMES PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312211 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO **Data do acidente:** 19/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO. FRATURA NO PUNHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA, BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO COM PÉ EQUINO DIFICULTANDO APOIO E CARGA SOBRE O MEMBRO INFERIOR. APRESENTA EDEMA RESIDUAL NO PUNHO E BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO DA FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIOS CRUZADOS NO PUNHO E PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA. SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO E A TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA DO TORNOZELO COM PROVÁVEL DIAGNÓSTICO TARDIO NÃO REFERIDA NO DOCUMENTO DE ATENDIMENTO INICIAL RELATADA EM LAUDO MÉDICO POSTERIOR E NO RELATO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PRESTADOR


ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 2007010172856 CPF: 070.050.233-58
Endereço: AV POZ LIEIRO ST-02, 923
Bairro: CENTRO DE CAUCAIA
Cidade: CAUCAIA CEP: 61600-000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

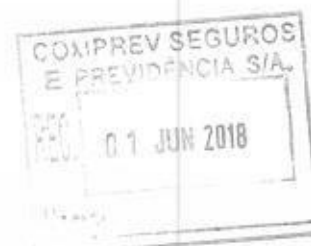
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Alyson Mathews Pereira Azevedo.

Local e data:

CAUCAIA, 18 de MAIO de 20 18.

Alyson Mathews Pereira Azevedo
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.897/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.800-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura
indicada de **ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO**. Dou
Fé **Caucaia-CE, 18 de maio de 2018.**
Em Teste da Verdade.
Ana Karina Lima Linhares Loiola - Tabeliã

Luana Soares da Silva
Escritório Autêntico
CPF: 062.848.223-08

Reconhecimento de Firma
Nº 688963 THCE

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal

