

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**

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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?

[ **X** ] 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] 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  
(  ) 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**

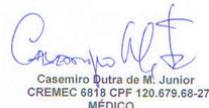
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

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

07005023358

Nome completo da vítima

ALVISON HATHEUS PEREIRAPAZ

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

Nome completo ALVISON HATHEUS PEREIRAPAZ	CPF titular da conta 07005023358	Profissão AUTÔNOMO
Endereço AV. PDE CICERO	Número 923	Complemento ST 02
Bairro CENTRO DE CAUCASIA	Cidade CAUCASIA	Estado CEARÁ
Email	CEP 60000000	Telefone (DDD) (85) 949890779

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

3281

40738

0

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTAS  
NRO.

D/V

D/V

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Caucasia, 28 de maio de 2018

Local e Data

Alvison Matheus Pereira Prevedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## 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 N° 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 CONTORNO 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 :

JOSENILDO MEDEIROS DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Adriana 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:

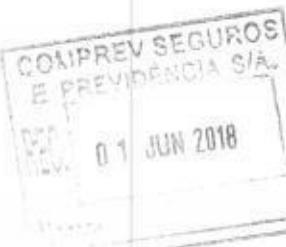
**Assinalar uma das opções abaixo:**

- 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.

laucaria 25 de Maio de 2018  
 Local e Data



Allyson Matheus Pereira Azevedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## PROVA DE ATO DECLARATÓRIO



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

07

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"/> Ambulância	<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:	2007010172856	Telefone p/ contato:	981665676
Endereço (Rua, nº):	R Padre Cícero, 923								
Bairro:	Pérei	Cidade:	Caucaia			Estado:	CE	Nome do Funcionário SAME:	
								Simone	

## PROCEDIMENTOS

## OUTROS

## TIPOS DE ATENDIMENTOS

Clínica Médica

Clínica Pediátrica

Clínica Cirúrgica

Clínica Obstétrica

Traumatologia / Ortopedia

## História Clínica:

Pelhamia pós acidente de motocicleta (sem capacete) batida por um ônibus. Contração, dor nas costas. dor em joelhos e ombro D

## Diagnóstico:

Sol. D x

Dr. Wellington Alcântara Mendes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14733

## EXAMES SOLICITADOS

- 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	Tramadol 100mg + Ibot 50mg cinto Percação scalp.	7 (07/03)		Rebou
	Dr. Wellington Alcântara Mendes Ortopedia e Traumatologia CRM 14733			

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA SIA  
01 JUN 2018

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
Motivo do Óbito:				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Anderson Rodrigo Pereira Azevedo



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

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

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

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

Pelo exposto, eu CELSO GOMES PINHEIRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 791 649 193/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALYSON HATHÉUS PEREIRA ARCEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 070050233/58, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALYSON HATHÉUS PEREIRA ARCEVEDO, 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	R. PAULO GOMES DA SILVA	Número	226
Bairro	PARQUE SÓLIDADE	Cidade	CAUCASIA
Email		Telefone comercial(DDD)	CELESTE (85) 999890779



Caucasia, 28 de maio de 2018  
Local e Data

**Celso Pinheiro**  
(85) 99989-0779  
(85) 98721-2741

Celso Gomes Pinheiro  
Assinatura do Declarante

## 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 Pauzaria, no Estado de  
Para, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Debora Vieira - Conjunto Metropolitano, nº 1569,  
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 Alisson Mathus Pereira Aguiar cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS KS

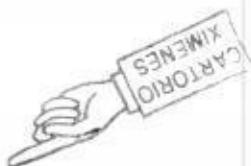
Ano: 2008

Placa: HYH 4506

Chassi: 9C2LK1003208R030174

Data do Acidente: 19/03/2018

Local e Data: Pauzaria 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: 61.000-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade  
indicada de **MARIA ERIVANDA SOUSA DO NASCIMENTO**.  
Dou Fé. **Caucaia-CE, 15 de maio de 2018**

Em Test<sup>o</sup> da Verdade

Ana Karina Lima Linhares Loiola - Tabelia

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

RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
NO C. 688245



PQYB





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

67

## FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

	SINAIS VITAIS			
Horário:				
P.A.				
Temper.				
Peso:				
Estat.:				

Data: 19/03/18	Horário: 01:01	Paciente chegou:	<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Automóvel
			<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Outros
Paciente: Alison Mateus Pereira Almeida				
Nome da Mãe: Adriana Pereira do Nascimento				
Idade: 22 an	Sexo: M	Data de Nascimento: 17/05/95	Identidade: 2001010172856	Telefone ou contato: 931665676
Endereço (Rue, nº): R Padre Cicero, 923				
Bairro: Pium	Cidade: Paracaima	Estado: CE	Nome do Funcionário SAME: Simone	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	Tramadol 100mg + 100mg SFO 2x1	7 (sexta)		Roberto
	Lentol			
	Penicilina scalp			
	Médico: Roberto Vargas.			
	Médica e Traumatologia			
	CRM 14751			

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

**Motivo da Obito:**

Assinatura do Paciente ou Responsável

**Assinatura do Fazendeiro ou Responsável:**  
Anderson Rodrigo Pereira Azevedo





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

Nº 30140

NOME: <i>Alisson Matheus Pereira Azevedo</i>					
DATA DE NASCIMENTO: <i>17/05/95</i>	IDADE: <i>22</i>	COR: <i>N</i>	SEXO: <i>M</i>	ESTADO CIVIL: <i>Sol</i>	NATURALIDADE: <i>Forá</i>
Nº IDENTIDADE: <i>3007010177896</i>	Nº CPF			CERT. NASCIMENTO Nº <i>Nº 923</i>	
PAÍS: <i>ECO NEVY A. LIMA Agnieszka Pereira</i> N°					
ENDERECO DO PACIENTE: <i>TC 18 círculo</i>					
BAIRRO: <i>Forá</i>	MUNICÍPIO: <i>Caucaia</i>		FONE: <i>987665612</i>		
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>ECO NEVY Azevedo Lira</i>					
ENDERECO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i>					
DATA DE ADMISSÃO: <i>19/03/10</i>	HORA DE EMISSÃO: <i>01:30 h</i>		FUNCIONÁRIO: <i>C</i>		
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <i>Período de coluna noto norte e/ fi- de punto D e per plato laterial E.</i>					
EXAME FÍSICO: <i>Neurovascular preservado M3 E</i> <i>Def. em punto D</i> <i>Col. cervical rendor à palpação e mobil.</i>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <i>Fr punto D</i> <i>Fr plato E</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fr punto D</i> <i>Fr plato E</i>					
<i>01/04/2016</i> <i>GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA</i> <i>SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE</i> <i>COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR</i> <i>REGISTRO HOSPITALAR</i> <i>Nº 30140</i>					
ASSINATURA					



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

		Nº Reg.
Nome: <u>Ausson marcos Renéza</u>		
Data da Cirurgia <u>13/04/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>marcos Aunámo</u>	1º Auxiliar	<u>Jéssica</u>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista <u>Wando</u>	Tipo Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura do processos zíbaros E</u>		
Tipo de Operação <u>Desenostose crânica</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente durante a Operação		
<p style="text-align: right;">COOPERATIVA SEGUROS 01/01/2018</p>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras		
<p>1. Ressecção do ODI sob anestesia 2. Anexos + anastomose 3. Destituição de enxertos 4. Lavagem exaustiva do fundo operatório com soro fisiológico 0,9% 5. Clínica</p> 		



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

Nome: Aluison matos		Nº Reg.
Data da Cirurgia	25/03/18	Enf. Leito
Cirurgião	Bruno Botelho	1º Auxiliar Júnior Arceu
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Arekson	Tipo Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente durante a Operação		
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura		
Material Empregado - Aspecto - Visceras		
Resumo da cirurgia		
Início - Contato com paciente		
Manobras de desgaste		
Exposição com fios e curtidura		
Alergosticos - curtos		
curtos e tecido		
Início da exposição gesso		
<i>[Handwritten signature]</i>		



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

Nome <u>Além Miltus</u>		Nº Reg.
Data da Cirurgia <u>25/03/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Bruno Bortolino</u>	1º Auxiliar <u>Edimilson Antunes</u>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista <u>Alexandre</u>	Tipo Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Lesão no Recesso da Tézio (anterior)</u>		
Tipo de Operação <u>Tézio - cirurgia de lesão da Tézio (anterior)</u>		
Diagnóstico Pos-Operatório <u>Normal</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>Normal</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>Normal</u>		
Acidente durante a Operação <u>Não</u>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras		
<u>Ressecção</u> <u>Assessoreto + Anterossolo</u> <u>Acesso Tático - medianas e artéria renal</u> <u>Drainagem peritoneal</u> <u>Utegração dos instrumentos</u> <u>Estabilização com furos + fiapos</u> <u>Hemostase + limpeza</u> <u>Sutura peritoneal</u> <u>curativo estéril</u>		
		

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
18/04	<p>Pr. Stora em 06 a 12h for. diurna e not., pulsos normais a nro. CP: VDM</p> <p>Português</p>	<p>Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM/CE: 5674 TEUT. 7.207</p>
19/04	<p>Pr. 14h. for. avar do PMS, pés fortes e dor, dor mínima em 06h PMS (+14h) dor = 10/10 PMS com DIFER. SÍNQ. S. R. L. for. TMS da náusea ou PMS. DP de 12h. S. Q. S. A. abd. Q. CP: VDM</p>	<p>Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM/CE: 5674 TEUT. 7.207</p>
20/04/18	<p>Parede - AT 3 tinguei. envelope extra em melhora após banho e massagem CP: melh. AT 3</p>	<p>Dr. Rafael da Silva S. S. S. Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 14.3707 TEOT: 16.316</p>
21/04/18	<p>Pr. 10h. infecção na mão CP: VDM</p> <p><del>Dr. R. da Silva S. S. S. Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 14.3707 TEOT: 16.316</del></p>	<p>Dr. Rafael da Silva S. S. S. Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 14.3707 TEOT: 16.316</p>
22/04/18	<p>Pr. 14h infecção na mão CP: VDM</p> <p>Dr. Ismael Pontes Moura Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 14.3707 TEOT 13261</p>	<p>Dr. Bruno B. Botelho Ortopedia e Traumatologia CRM/CE: 14.3707 TEOT 11453</p>



# 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 20/06/18

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 Uniclinic - 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

SÉRIE  
0040

CE

Alyson Matheus Pereira Azevedo  
ASSINATURA DO TITULAR

VALIDO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ALYSON MATHEUS PEREIRA AZEVEDO

FILIAÇÃO: FRANCISCO NEURY AZEVEDO LIRA  
ADRIANA PEREIRA DO NASCIMENTO  
NASCIMENTO: 17/05/1995  
SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: FORTALEZA - CE  
DOCUMENTO: C. I. 2007010172856 17/05/2007 SSPDS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 070.050.233-58 CNH: \_\_\_\_\_

TIT. ELEITOR: \_\_\_\_\_

ZONA: \_\_\_\_\_  
LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SIT/CE - 16/07/2013  
não é o original  
PROBLEMA: ZONE CERTIFICADA E DOCUMENTO DE EMISSÃO NÃO CONFEREM





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



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****Dígito 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.

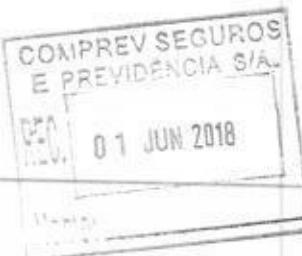
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NUMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E 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 PINHEIRO				
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO		
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL			
FILHO (pe) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO		
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Órgão Emissor SSP	UF CE	CPF (número) 791.649.193-15
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)				
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 DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	Descrição do evento		
EVENTO Descrição do evento	EVENTO	Descrição do evento		
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO				
LOGRADOURO (rua, av, 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: PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014		NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assessor/gerente) <i>CELSO GOMES PINHEIRO</i>		UF UF USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTES DE AUTORIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS 1 - SIM 2 - NÃO		
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>celso gomes pinheiro</i>			
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL				
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.  <i>JOSE KLEBER G. NASCIMENTO</i> 25/08/14	AUTENTICAÇÃO	<p>JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB N°: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 celso gomes pinheiro HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL</p> 		



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 N°: 20141102624  
Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014  
Empresa: 23 1 0359240 6  
CELSO GOMES PINHEIRO

*Chitufu*  
HAROLDO FERNANDES MOREIRA  
SECRETARIO-GERAL





7152332-4

Para agência de atendimento e para sempre (sem interrupção contínua permanente)

De 20 de abril de 2002  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Pedro Iacobino, 750  
 CEP 60035-040 | Fortaleza/CE  
 CNPJ 02.047.251/0001-70 | CIEF 001.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota Data de Emissão 519126924  
 Nome 28 22000 08 044200 - 7 28/03/2018  
 End. Posto CELSO GOMES PINHEIRO  
 RU PAULO GOMES DA SILVA 00226  
 Medidor PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070  
 Classe 2577879 0000 0000  
 RG / CPF 791649193-15 CIEF  
 Nome do Responsável 791649193-15

## DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Província	Indic. de Qualidade do Fornecimento
Mar/2018	28/03/2018	27/04/2018	Veja a legenda no verso desta conta.
ICMS			Conjunto: CACHAIA
Base de Cálculo (R\$)		Aliquota	Mês: Mar/2018
37,99		27,00	ESO 11,45
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		Valor do Imposto:	Periodo: Mar/2018 à Mar/2018 Atenção individual
		10,25	Mensal Trimestre Anual Mensal Trimestre Anual
		DMIC	5,01 18,62 21,25 0,00 0,00 0,00
		FIC	3,30 6,60 13,20 0,00 0,00 0,00
		DMIC	3,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lote Anual	Lote Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Inst.	Consum. Fim.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP	229	2214	1.00	55	0,00	0,00	37,99

RESERVAÇÃO 27/02/18 29/04/00 55 VALOR (R\$) 37,99

VALOR CONSUMO DO MES 37,99  
 JUROS DO MES 2,02  
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 9,58

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA SIA.

REC. 09 JUL 2018

Nome:

VERGEMENTO 05/05/2018 TOTALA PAGAR (R\$) 49,59

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54
Produção	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54	1,54
Distribuição	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13
Encargos Sist. (12,54)	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04
Tributos (12,54 FIS/CFE/IRF)	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93	1,93
TOTAL	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99

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

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

23,77 0,00

## AVISOS DE VENCIMENTO DE FATTURAMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE  
 OU APENAS O NÚMERO DE CONTA SEGUINTE: 7152332-4  
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
 da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA SIA.

REC. 16 MAI 2018

Nome:

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 7152332-4

Nº da Nota Fiscal: 28/03/2018

Referência:

Total a Pagar (R\$): Mar/2018

Nº de Controle: 49,59

0007152332 00029 39302 00

83870000000-1 49590031000-8 00071523320-3 00293930213-2



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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 médica-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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CELSO GOMES PINHEIRO

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
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oteло Corrêa dos Santos Filho'.

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: ALYSON MATHIAS PEREIRA AZEVEDO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ALUNO  
Identidade: 2007010172856 CPF: 070.050.233-58  
Endereço: AV POE RICERO ST-02, 923  
Bairro: CENTRO DE CAUCAIA  
Cidade: CAUCAIA CEP: 61600-000

### OUTORGADO (Procurador)

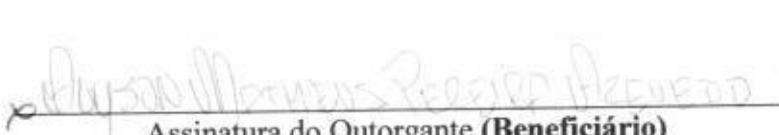
Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

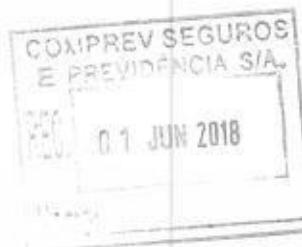
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório 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 Mathias Pereira Azevedo.

Local e data:

CAUCAIA, 18 de MAIO de 20 18.

  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

