

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL, brasileira, casado, aposentado, portador do RG número 38715582 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 340.313.443-68, residente e domiciliado à Rua Luis Vieira de Souza, Nº 138, São Pedro, Jucás - Ceará, CEP: 63.580-000.

OUTORGADO(S): Diego Victor Lobo Silveira, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 25.815, **Eurijane Augusto Ferreira**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o número 16.326 e **Ligia Samara Albuquerque Pinto**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o número 22.902, ambas, com endereço profissional à Av. Dr. José Holanda Montenegro, número 315, Bairro Centro, CEP: 63.500-013, Iguatu - Ceará.

PODERES: Para a cláusula "ad judicium", bem como ainda perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo assinar documentos, dar informações, esclarecimentos, contraditar testemunhas, oferecer contestação, replicar, apresentar recursos, conciliar, transigir, e em especial requerer qualquer Ação perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive em caráter irretratável e irrevogável, substabelecendo e demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Iguatu - CE, 23 de julho de 2015.

+Belizário Ferreira Vidal

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL**, brasileira, casado, aposentado, portador do RG número 38715582 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 340.313.443-68, residente e domiciliado à Rua Luis Vieira de Souza, Nº 138, São Pedro, Jucás - Ceará, CEP: 63.580-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 23 de julho de 2015.

+Belizário Ferreira Vidal

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
BELIZARIO FERREIRA VIDAL

Nº de Inscrição
840313443-88

Data do Nascimento
10/11/37



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Belizario Ferreira Vidal

BELIZARIO FERREIRA VIDAL

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 13/03/98

CEBILIA DE IDENTIDADE


FOTOGRAFIA

Belizario Ferreira Vidal
Assinatura do Titular

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF - 840313443-88

BELIZARIO FERREIRA VIDAL

10/11/37

004/82

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **840.313.443-68**

Nome da Pessoa Física: **BELIZARIO FERREIRA VIDAL**

Data de Nascimento: **10/11/1937**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/03/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:44:30** do dia **23/07/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **EFB8.B7FB.BB24.075E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Francisca Geneci de Souza Mendonça
Oficial do Registro Civil do Distrito de
Canafístula - Jucás - Ce Fone: 517.2076
CPF: 115.642.293-00

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE JUCÁS
DISTRITO DE CANAFÍSTULA
E-MAIL -

Francisca Geneci de Souza Mendonça
Oficial do Registro Civil do Distrito de
Canafístula - Jucás - Ce Fone: 517.2076
CPF: 115.642.293-00

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob n°. 683 às fls. 148v, do livro B/06 de Registro de casamento, foi feito o Casamento de **BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL E DONA MARIA ALVES TEIXEIRA** contraído perante o Juiz de Casamento o Cidadão- **RAIMUNDO DIAS DE OLIVEIRA**, e as testemunhas **DAGOBERTO DUARTE PINHEIRO E PEDRO ALVES PEREIRA**.

Ele, nascido em Sítio Queimadas - Jucás - Ceará, aos dez (10) de novembro de mil novecentos e trinta e sete (1937), agricultor, residente e domiciliado em Sítio Zé de Barro - Jucás - Ceará, filho de **FRANCISCO FERREIRA DOS SANTOS E DONA FRANCISCA FERREIRA VIDAL**.

Ela, nascida em Sítio Zé de Barro - Jucás - Ceará, aos vinte e sete (27) de abril de mil novecentos e quarenta e cinco (1.945), doméstica, residente e domiciliada em Sítio Zé de Barro - Jucás - Ceará. Filha de - **FRANCISCO ALVES TEIXEIRA E DONA FRANCISCA NAZARÉ DA SILVA**, a qual passou assinar-se com o nome de- **MARIA ALVES TEIXEIRA VIDAL**.

Foram apresentados os documentos exigidos pela Lei do artigo 180 constante dos números II a IV do Código Civil Brasileiro.

Observações: Casamento realizado em regime adotado de Comunhão Parcial de Bens em 23 de novembro de 1966.

O referido é verdade e dou fé.

Vila de Canafístula-Jucás-Ceará. 09 de setembro de 2009.

Francisca Geneci de Souza Mendonça
FRANCISCA GENECI DE SOUZA MENDONÇA

OFICIALA DO REGISTRO CIVIL.



Geneci de Souza Mendonça
Registro Civil do Distrito de
Jucás - Ce Fone: 517.2076
115.642.293-00

4112020-3 CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3
 Para a partir de 01/03/2016, a tarifa de energia elétrica será cobrada em 12 parcelas mensais.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 380095247

Rota **14 12125 01 249500 - 8** Data de Emissão **20/03/2015**

Nome **BELIZIARIO FERREIRA VIDAL**

End. Postal **RU LUIS VIEIRA DE SOUZA 00134
 DT SAO PEDRO DO NORTE - JUCAS - 63580000**

Medidor **11343441** Poste **0000 0000**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Valor de Potência **0,00**

RG / CPF / CNPJ **840313443-68** CCF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.	Conjunto	Índice
Mar/2015	20/03/2015	18/04/2015		ÍQUATU	
				Jan/2015	EUSD 7,57

ICMS			Padrão Individual						
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	
ISENTO			DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
			FIC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
			DMIC	3,11			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 46A2.7130.7EE9.525D.FFF4.8EC9.95FD.F357

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10514	10433	1,00	81	0,00	30 51	0,1580 0,27138	4,74 3,84
20/03/15	20/02/15		28 DIAS		81		8,58

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	18,58
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	6,20
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,18

VENCIMENTO 30/03/2015 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 25,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 11,86	74
Transmissão 0,24	81
Distribuição 4,52	118
Encargos Setoriais 0,66	83
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 2,38	78
TOTAL 25,96	70
	83
	70
	60
	67
	60
	69
	56

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
35,01	0,00	0%

Informações importantes e avisos de vencimento

A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO EXTRAORDINÁRIO DE 9,05% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 02 DE MARÇO DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO HOMOLOGATORIA NÚM. 1858 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 2,38 referente a PIS e COFINS.
 (Art. 9º Res. 188-2005 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Nº do Sinistro

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 29/11/14

Vítima

BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL

CPF 840.313.443-68

Seguradora

LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL

Vítima

Representante Legal

Endereço para Correspondência RUA LUIS VIEIRA DE SOUZA

nº 138 Complemento

Bairro DT SÃO PEDRO DO NORTE

Cidade Juás

UF CE

CEP 63.580-000

Telefone para contato (88) 3581-1289

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante**TIPO DE DOCUMENTO****DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

3192



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Nome: BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL
 PORTADORIA (CNPJ) Nº: 38415582 EXPIDIDO POR: SSP/IC DATA: 23/04/2015
 Nº: 39031344363 PROFISSÃO: APROFESSOR
 RENDIA MENSAL DE R\$ 738,00 (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA BELIZÁRIO FERREIRA VIDAL. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

Lei nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Contas de poupança - benefício ou alguma outra finalidade
- Conta tipo FICL - atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FICL - operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, nativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, visto que a mesma é incompatível com os dados bancários);
- Caso de beneficiário falecido, inválido ou pendente de regularização ou cancelado recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scanner e câmeras) e/ou em papel, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multibanco ou qualquer outro tipo de documento de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO: _____ N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir): _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir): _____

PARA CRÉDITO EM CONTA DE POUPANÇA - SOMENTE BANCOS BRASDESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

N.º da CONTA: 001 N.º da Agência: 2225 N.º da CONTA (com dígito, se existir): 125000-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quatuor-CE 22 de Abril de 2015 Belizário Ferreira Vidal

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s) obedecendo à legislação) e indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas da lesão corporal de segurado prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

13/05/2015 - BANCO DO BRASIL - 13.32.17
012272016 0414

OUIVITORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: VERIDIANA ALCANTARA LAVOR

AGENCIA: 0122-8 CONTA: 31.019-0 VAR:51/01
INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51 0,01

VALOR TOTAL 0,01

**** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BELIZARIO FERREIRA VIDAL

AGENCIA: 2225-X CONTA: 19.302-X

VARIACAO DA POUPANCA 51

NR. DOCUMENTO 222.225.510.019.302

NR. AUTENTICACAO 8.142.F57.190.5CC.5E7

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 489 - 1455 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 23/12/2014 09:40:06

Data / Hora da Ocorrência : 29/11/2014 11:00:06

Endereço da Ocorrência: SIT CANAFISTULA
SAO PEDRO

NAO INFORMADO JUCAS/CE

Ponto de Referência: PROXIMO A CASA DE LUIS CHAVES

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: BELIZARIO FERREIRA VIDAL

Nascimento : 10/11/1937

RG: 38715582 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: FRANCISCO FERREIRA DOS SANTOS
FRANCISCA FERREIRA VIDAL

Endereço: R LUIS VIEIRA DE SOUZA 138
SÃO PEDRO DO NORTE
JUCAS CE BRASIL

Telefone:

Histórico

no dia 29.11.2014, por volta das 11h00m, o declarante estava trafegando em sua bicicleta retornando para sua residência, quando no percurso na Vila Canafistula, em JUCÁS um veículo não identificado colidiu no declarante pelas costas, vindo o declarante a ser arremessado para o acostamento da via; Que o motorista do veículo o qual o declarante não viu a placa se evadiu do local sem prestar socorros ao declarante; Que o declarante ficou desacordado sendo socorrido para o Hospital de JUCÁS onde foi realizado a limpeza das lesões no corpo do declarante, sendo dado seis pontos acima do supercílio esquerdo, cinco pontos no queixo e dez pontos no polegar da mão direita e em seguida o declarante foi encaminhado para Clínica São Camilo, em IGUATU onde foi batido uma tomografia da cabeça do declarante a qual constatou fratura na face do esquerdo; Que o declarante ficou internando na Clínica São Camilo durante três dias; Que o declarante após ser medicado recebeu alta para continuar o tratamento em sua residência...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, BELIZARIO FERREIRA VIDAL, portador da Cédula de Identidade nº 38715582 e inscrito no CPF/MF sob o nº 840.313.443-68 residente e domiciliado no RUA LUIS VICIPE DE SOUZA, 138 SÃO PEDRO, Cidade JUCÁS, Estado CE, 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:

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

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

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

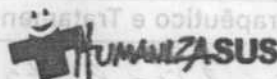
Belizario Ferreira Vidal

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUCÁS CE, 22 de ABRIL de 2015
Local e data

-timha documento

acidente moto

**BPA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)**

Data: 09/11/14	Horário: 11:03	Ocorrência: 20423734	Idade: 77 anos	Sexo: M
Paciente: Belizemir Ferreira Vidal			DN: 10/11/37	
Endereço do Paciente/Responsável: Vila São Pedro				
Tel:		Doc.: de Identificação:		

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Horário de Atendimento:	PA:	TEMP:	Glicemia:
-------------------------	-----	-------	-----------

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico doença atual: *Doença por mordidas após acidente automobilístico
(3.12.14) - apresentando escarificações e edema no face, mandíbula, - QDD e pelo
deitado em anti-braço (E)*

Exame físico:

Diagnóstico:

Destino do Paciente:

Ass. e carimbo do Médico *LEONARDO QUEIROZ*
Médico
CREMEC: 15341

Data	Plano Terapêutico e Tratamento	Horário	Observações
29/11/14	1- D.L. - 5ml. E, Lido	6:00 e 6:30	29/11/14 - 11:50
	2- Aspirina + Cataplasma + Analgésico	E, Trans-	De dentro
	+ Sulfonamida	yesido	na empresa
	3- Analgésico	p/H.B.I.	Idoso, V/f
	4- Transfusão p/ IgG	Roxo do	de acidente
		cataplasma	cataplasma
			p/moto, com
			coste no N
			com preda
			tecidos, no
			no joelho
			e no 1º g
			dactilo D, e
			Sangram
			na sola e de
			no ombro
			Realizando
			na imagem
			30.04.14

LAUDO MÉDICO

NOME DA VITIMA: Belizario Ferreira VidalDATA DO ACIDENTE: 29/11/14

Atesto para os devidos fins que Belizario Ferreira Vidal, teve acidente de trânsito dia 29.11.14, apresentando lesões cortantes em supercílio esquerdo, feito sutura, no queixo, feito sutura e em quadrante direito, fratura na face do lado esquerdo.

Foi feito atendimento médico conservador e sessões de fisioterapia.

Atualmente apresenta sequelas irreversíveis e permanentes, limitação funcional grave e completa, dor crônica, deformidade.

Perda da força muscular, instabilidade, alteração de marcha, dificuldade para exercer suas atividades de rotina.

Encontra-se em alta definitiva

08/05/2015

LOCAL/DATE

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Francisco Reales Navarro
Médico
CRM 9272 CE
CRE: 054.357.897-81

SINISTRO 3150472359 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BELIZIARIO FERREIRA VIDAL

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Avenida Treze de Maio, 41 - Sala 402, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20031-007

BENEFICIÁRIO BELIZIARIO FERREIRA VIDAL

CPF/CNPJ: 84031344368

Posição em 23-07-2015 16:44:25

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.037,50

Data de liberação do pagamento: 22/07/2015

Fique atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

22/07/2015

R\$ 3.037,50

R\$ 0,00

R\$ 3.037,50