



LUCIANA ARAGÃO AGUIAR
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGADO: Lucas Alves de Oliveira, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador do RG 98002008379 SSP/CE, inscrita no CPF: 561.816.633-04, residente e domiciliado à Rua 13, nº 58-A, Conjunto do São Paulo II, Bairro, CEP: 60.863-640, Fortaleza/CE

OUTORGANTES: Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como sendo seus procuradores os advogados: **DRA. LUCIANA ARAGÃO AGUIAR GURGEL**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE nº 27.279, **DR. HUGO POMPEU ANDRADE GURGEL**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE nº 32.479, **DRA. GERMANA DE SOUSA OLIVEIRA**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE nº 36.121, com escritório à Rua Manoel Castelo Branco, nº 399, Salas 104/204, Messejana, nesta Capital, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium*” e “*extra judicium*”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais, para confessar, desistir, transigir, renunciar direitos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme e valioso.

Fortaleza, 14 de junho de 2018.

x Lucas Alves de Oliveira

Rua Manoel Castelo Branco, nº 399 – Sala 104/204 – Messejana – Cep: 60.840-015 –
Fortaleza/CE – Tel: (85) 3474 – 2443 / 98813 – 5573.



LUCIANA ARAGÃO AGUIAR
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro para todos os fins de direito, que sou pobre na forma da lei, com fundamento na Lei nº 7115/83 e na Lei nº 1060/50, não tendo condições financeiras para custear as despesas judiciais e honorários advocatícios.

Declaro, outrossim, que estou ciente das cominações legais às quais estarei sujeito caso a presente declaração não seja fiel expressão da verdade.

Fortaleza, 14 de junho de 2019.

x Lucas Alves de Oliveira

DECLARANTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 561.816.633-04 Nome completo da vítima: Lucas Alves de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Lucas Alves de Oliveira CPF: 561.816.633-04
Profissão: Advogado CPF: 561.816.633-04
Endereço: Rua 23 - Conjunto São Paulo II Número: 15 Complemento: -
Bairro: Barroto Cidade: Fortaleza Estado: Ceará CEP: 60863-640
E-mail: _____ Tel.(DDD): (85) 98590-6582

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2558 CONTA: 00047655 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Fortaleza, 07/11/2018

Nome: Lucas Alves de Oliveira

CPF: 561.816.633-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EM BRANCO

EM BRANCO

Serviço Registral de Messejana | SILVANA MARY FARIAS GOMES • Oficiala
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº 79 • Fones: (85) 3229-1911 • (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartoriomessejana@veloemail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **LUCAS ALVES DE OLIVEIRA** (8970833378009) 1
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 7 de novembro de 2018.

Em testemunho da verdade
STEFANIA MARIA GOMES SILVA (8970833378009) 1
 Substituta
 do Oficiala

Valido perante com o selo de autenticidade
 Malax Total

STEFANIA MARIA GOMES SILVA
 SUBSTITUTA
 Serviço Registral de Messejana
 CARTÓRIO DE MESSEJANA
 Messejana - Fortaleza - Ceará

TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Nº CL 089383 JOWR

VALIDO PERANTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme de Sousa Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 629.814.553 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 561.816.633 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade permanente da Vítima Lucas Alves de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 561.816.633 / 04, 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		Número	Complemento
Rua José Gaudêncio Moreira		55	Casa 14
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Barro Preto	Jatobá	Pernambuco	60.331-078
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
guilhermesoliveira@hotmail.com	(85) 3474-2443	(85) 98646-8778	

Jatobá, 07 de 11 de 2018
Local e Data

Cartório de
Messaiana

Lucas Alves de Oliveira

Assinatura do Declarante

**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 0221205 (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/BIBLIOTECASWEB/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 Guimaraes de Sousa Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 629.814.553 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 561.816.633 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade perm. da Vítima Lucas Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 561.816.633 / 04, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua José Gaudêncio Moreira</u>		Número <u>55</u>	Complemento <u>Casa 14</u>
Bairro <u>baixa redonda</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60831-078</u>
Email <u>guimaraesoliveira@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(85) 3474-2443</u>		Telefone celular (DDD) <u>(85) 98646-8778</u>

Fortaleza, 30 de novembro de 2018
Local e Data

Guimaraes de Sousa Oliveira
Assinatura do Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUCIANA ARAGAO AGUIAR GURGEL e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/02/2019 às 09:32, sob o número 01108640220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0110864-02.2019.8.06.0001 e código 443E69B.

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 com 16 ou 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

561.816.633-04

Nome completo da vítima

Lucas Alves de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas Alves de Oliveira		CPF titular da conta 561.816.633-04	Profissão Out. Benedito Gurgel
Endereço Rua 13 - Conjunto João Paulo II		Número 15	Complemento -
Bairro Barroco	Cidade Jatobá	Estado Pernambuco	CEP 60.863-640
Email			Telefone (DDD) (85) 98590-6582

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

2558

D/V

CONTA

NRO.

00047655

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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.

Jatobá, 07 de 11 de 2018

Local e Data

Lucas Alves de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUCIANA ARAGAO AGUIAR GURGEL e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/02/2019 às 09:32, sob o número 01108640220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0110864-02.2019.8.06.0001 e código 443E69B.

EM BRANCO

EM BRANCO

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY FARIAS GOMES • Oficiala
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº: 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartoriomessejana@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **LUCAS ALVES DE OLIVEIRA**
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 7 de novembro de 2018.

En testemunho da verdade
STEFANIA MARIA GOMES SILVA Oficiala Substituta
 Valor Total R\$ 2,00

STEFANIA MARIA GOMES SILVA
 SUBSTITUTA
 Serviço Registral de Messejana
 Fortaleza - Ceará

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Nº CL 085382

Assinada com autenticidade

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Luciana Arago Aguiar

CPF da Vítima

561.816.633-04

Data do Acidente

06/10/2018

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.

Contagem, 07 de 11 de 2018

Local e Data

Luciana Arago Aguiar

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFIRMAÇÃO

CONFIRMAÇÃO

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY FARIAS GOMES • Oficiala
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartoriomessejana@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de **LUCAS ALVES DE OLIVEIRA** (8970833378009) 1
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 7 de novembro de 2018.

Em testemunho
STEFANIA MARIA GOMES OLIVEIRA Oficial Substituta
 Válido somente com o selo de autenticidade. Valor Total R\$ 4,00

Stefania Maria Gomes OLIVEIRA
 SUBSTITUTA
 Serviço Registral de Messejana
 CARTEIRO DE MESSEJANA
 MESSEJANA - FORTALEZA - CEARÁ

Reconhecimento de Firma
 Nº CL 085380

12 meses somente com autenticidade

ECT - EMP. BRAS DE CORREIOS E TELEGRAFOS
 As: 12300284 - AC MESSEJANA
 FORTALEZA
 CNPJ.....: 34028316242620 Ins Est.: 068420960 - CE

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
 CNPJ/CPF.....: 09248608000104
 Doc. Post.....: 304694974
 Contrato.....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
 Cartao...: 62267655

Movimento...: 30/11/2018 Hora.....: 13:41:18
 Caixa.....: 89353368 Matricula...: 81794290
 Lancamento...: 043 Atendimento: 00030
 Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1564277944

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	208	
CNPJ/CPF Remet : 56181663304		
Nome Remetente...: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA		
Endereco Remet...: RUA Rua 12 (CJ João Paulo		
Cont Endereco...: II), 56 (CJ João Paulo II)		
Cep Remetente...: 60863-640		
Cidade Remet...: FORTALEZA		
UF Remet.....: CE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (R.J)		
Peso real (G).....	208	
OBJETO.....: DY141993618BR		

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
 No caso de objeto com valor, utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome: _____ RG: _____
 Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganha tempo!
 Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180577502

Vítima: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13715894

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180577502

Vítima: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

06/10/2018 22:48

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 06/06/1972	Atendimento: 54073488	Prontuário: 14256143
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]	Nº: 28695846	06/10/2018	às 22:45
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-SOLO. APRESENTA DOR EM TORAX, EDEMA EM FACE, E OMBRO ESQUERDO.		[1]
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>		[1]
CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO		[1]
CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO:90524074320, às 23:58:57 de 06/10/2018

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: Jose Maria Sampaio Menezes Junior	
CRO: 3166	UF: CE
Endereço Completo e Telefone: R Joao Lobo Filho 72 (85)4002-3633	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação do Paciente

Jose Maria Sampaio Menezes Junior
Cirurgião Geralista
3166
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Lucas Alves De Oliveira
CPF: 561.816.633-04
Nº da Carteira: 23688.000954/00-7/01-1
Endereço: Av Washington Soares 1321 FORTALEZA CE

Prescrição:

AMOXICILINA - 1 COMPRIMIDO - 3X/Dia - durante 7 Dia(s) (ORAL)



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: Jose Maria Sampaio Menezes Junior	
CRO: 3166	UF: CE
Endereço Completo e Telefone: R Joao Lobo Filho 72 (85)4002-3633	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação do Paciente

Jose Maria Sampaio Menezes Junior
Cirurgião Geralista
3166
CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Lucas Alves De Oliveira
CPF: 561.816.633-04
Nº da Carteira: 23688.000954/00-7/01-1
Endereço: Av Washington Soares 1321 FORTALEZA CE

Prescrição:

AMOXICILINA - 1 COMPRIMIDO - 3X/Dia - durante 7 Dia(s) (ORAL)



Data : 09/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____	
--	--

Data : 09/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____	
--	--



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: Jose Maria Sampaio Menezes Junior	
CRO: 3166	UF: CE
Endereço Completo e Telefone: R Joao Lobo Filho 72 (85)4002-3633	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

Paciente: Lucas Alves De Oliveira
CPF: 561.816.633-04
Nº da Carteira: 23688.000954/00-7/01-1
Endereço: Av Washington Soares 1321 FORTALEZA CE

Prescrição:

NIMESULIDA (GENÉRICO) ARROW Comp 100mg cx 12 - 1 CAIXA - 1X/Dia (ORAL)
DIPIRONA - 1 CAIXA - 3X/Dia - durante 4 Dias(s) (ORAL)
ALIMENTAÇÃO LÍQUIDA E PASTOSA POR DUAS SEMANAS, NÃO DORMIR DE LADO E REPOUSO
CLAVULIN BD Comp rev 875+125mg cx 20 - 1 COMPRIMIDO - 2X/Dia - durante 10 Dias(s) (ORAL)
12/12 HORAS POR 10 DIAS

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: Jose Maria Sampaio Menezes Junior	
CRO: 3166	UF: CE
Endereço Completo e Telefone: R Joao Lobo Filho 72 (85)4002-3633	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

Paciente: Lucas Alves De Oliveira
CPF: 561.816.633-04
Nº da Carteira: 23688.000954/00-7/01-1
Endereço: Av Washington Soares 1321 FORTALEZA CE

Prescrição:

NIMESULIDA (GENÉRICO) ARROW Comp 100mg cx 12 - 1 CAIXA - 1X/Dia (ORAL)
DIPIRONA - 1 CAIXA - 3X/Dia - durante 4 Dias(s) (ORAL)
ALIMENTAÇÃO LÍQUIDA E PASTOSA POR DUAS SEMANAS, NÃO DORMIR DE LADO E REPOUSO
CLAVULIN BD Comp rev 875+125mg cx 20 - 1 COMPRIMIDO - 2X/Dia - durante 10 Dias(s) (ORAL)
12/12 HORAS POR 10 DIAS

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO



Data: 23/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____	

Data: 23/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____	



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: IURI ARRUDA DOS SANTOS

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 23/10/2018

RECEITA

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100MG _____ 01CX
TOMAR 01CP DE 8 EM 8 HORAS POR 05 DIAS



Iuri Arruda
Médico
CREMEC 1794

RP3000N

IURI ARRUDA DOS SANTOS

23/10/2018 15:04

192.85.4.101

ANTONIO
PRUDENTE**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico: ANA KARENINA MAZULO RIBEIRO

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 25/10/2018

RECEITA

USO ORAL

1) IBUPROFENO 600MG ——— 01 CAIXA

TOMAR 01 CP DE 8/8H 7 DIAS

Dra. Karenina Ribeiro
Médica
CREMEC 17894



RP3000N

ANA KARENINA MAZULO RIBEIRO

25/10/2018 09:29

192.85.4.101

DE : CIRURGIA MAXILOFACIAL
PARA: CLINICA MÉDICA.

PACIENTE: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA.

HDA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 06 DE OUTUBRO DESTE ANO.

09/10/2018. FOI POR NÓS ATENDIDO AMBULATORIALMENTE. APRESENTA FRATURAS SEM INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO=EXPECTANTE. EM USO DE NIMESULID + DIPIRONA, ACRESCENTEI AMOXICILINA. SEM ACHADOS CLINICOS IMPORTANTES. ATESTADO PARA 15 DIAS.

23/10/2018. RETORNA AO AMBULATORIO. SEM ALTERAÇÕES IMPORTANTES E LOCORREGIONAIS DO TRAUMA DE FACE. FINDADO OS DIAS DE ATESTADO. ENTRETANTO REFERE DORES NO CORPO, EM TORSO E COLUNA VERTEBRAL, DORES DE CABEÇA E FEBRE VESPERTINA.

QP: "DORES DE CABEÇA E NO CORPO, FEBRE E URINA ESCURA".

CD: MANTENHO AINES E ANTIBIOTICO + SOLICITO AVALIAÇÃO CLINICA DO PACIENTE.

FORTALEZA 23/10/2018.

Dr. Marco Antonio Gomes de Aguiar
Cirurgião Maxilo Facial
3168





ATESTADO MÉDICO

730546155

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) LUCAS ALVES DE OLIVEIRA às 17:19 hs , sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 09/10/2018 , tendo como causa do atendimento

S02

Código da Doença

09/10/2018

Local e Data

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico
José Maria da Silva
Cirurgia Maxilo Facial
3162

SAMPAIOJ

Autenticação: BK YRJ08A6Q2T1

09/10/2018

17:24

730.596.155



Atento

Atto que o Sr. Lúcio Alves de
Oliveira nasceu de 15 dias
de Anúncio de seus
Anúncio p/ seus
cinco



For 23/10/2018

Luciana Aragão Aguiar
Gurgel
Juiz de Direito

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+ Odonto): 4002 2722 - Call Center (+ Odonto - Interior): 0300 313 9094

f /hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

- FACE -
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA CEARENSE
 CNPJ: 63.500.342/0001-90
 Rua Santa Ângela, 579 - Messejana
 Fortaleza - Ceará



07.11.18

Atestado Médico

mas plus de chissina

permanecer em Surubia e
 por estar distante do município;
 Além permanecer em permanecer
 residência por mais 30 dias.

< 1.1.1. 802

Dr. Fernando Hugo
 da Silva Gomes
 CRM 2400 CPF: 058.846.083-49

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosivania de Oliveira Xavier,
 RG nº 20082993224, data de expedição 17/08/12,
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 068.075.583-76, com
 domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 13, Com João Paulo II, nº 15, Bairro, nº 15,
 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 Emerson Sabino da Silva, cujo o condutor era
Emerson Sabino da Silva.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: Fortaleza, 26/10/2018

**Cartório de
Messejana**

Rosivania de Oliveira Xavier
 Assinatura do Declarante (donos do meio)

**Cartório de
Messejana**

Emerson Sabino da Silva

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

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY FARIAS GOMES • Oficiala
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº: 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartorionessejana@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de (9327600287378) 1
ROSIVANIA DE OLIVEIRA XAVIER
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 26 de outubro de 2018.

Em testemunho da verdade:
 SILVANA MARY FARIAS GOMES (OFICIAL)
 Valor Total R\$ 4,76
 Boto Silvana Mary Farias Gomes
 Serviço Registrado em Messejana
 CARTÓRIO DE MESSEJANA
 Messejana - RN - Ceará

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA
 CARTÓRIO DE MESSEJANA

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA
 SILVANA MARY FARIAS GOMES
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº: 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartorionessejana@veloxmail.com.br

02
 Válido somente com
 selo de autenticidade

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY FARIAS GOMES
 Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº: 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
 Fortaleza • Ceará • e-mail: cartorionessejana@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de (0037654007941) 2
EMERSON SABINO DA SILVA
 que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
 Fortaleza, 29 de outubro de 2018.

Francisco Washington Sousa
 Serviço Registrado em Messejana
 CARTÓRIO DE MESSEJANA
 Messejana - RN - Ceará



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018207258

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4774 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/11/2018 16:04:08**
Data / Hora da Ocorrência: **06/10/2018 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE COSTA E SILVA**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **MOTEL 3000**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCAS ALVES DE OLIVEIRA**
Nascimento: **06/06/1972** CPF: **561.816.633-04** UF: **CE**
RG: **98002008379** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA NAZARE DE OLIVEIRA**
ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA TREZE, 35**
Bairro: **CONJUNTO JOAO PAULO II**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98590-6582**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRD5715** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110AR059915 Renavam: **230788513** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor
PRETA Proprietário: **ROSIVANIA DE OLIVEIRA XAVIER** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA NRD-5715 QUE ERA PILOTADA POR EMERSON SABINO DA SILVA DE CNH NUMERO 06690870107, QUE TRANSITAVAM PELA AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA QUE AO PASSAR POR AREIA NA VIA A MOTO DERRAPOU, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Lucas Alves de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-5

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 06/11/2018 18:11:01



Pág. 1 de 1

Impresso em: 06/11/2018 18:11:01



LUCIANA ARAGÃO AGUIAR
ADVOCACIA
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, Geisse Aluis de Oliveira, portador(a) do
RG nº 2007753454-3, inscrito(a) no CPF sob o nº 413.025.402-20,
residente e domiciliado(a) na Rua 13, Com. João Paulo II, nº 15, Barragem,
cep: 60863-640, Fortaleza/CE declaro, para todos os devidos fins, que
Resinomia de Oliveira Xavier, portador(a) do RG nº
20082993224 55P/CE, inscrito(a) no CPF sob o nº 068.075.583-76, é
residente e domiciliado(a) na Rua 13, Com. João Paulo II, nº 15, Barragem,
cep: 60863-640, Fortaleza/CE, **cujo comprovante de endereço se**
encontra em meu nome.

Fortaleza, 07 / 11 / 2018.

Geisse ALUIS de Oliveira
Declarante

DADOS DO CLIENTE

Nome: **GESSE ALVES DE OLIVEIRA**

End. Leitura: **RU 13 CJ JOAO PAULO II, 15, BARROSO**

Cidade: **FORTALEZA**

CEP: **60863-840**

End. Entrega:

CEP:

Cidade:

Local: **001**

Setor: **052**

Subsetor: **00**

Quadra: **0120**

Subquadra: **00**

Lote: **0152**

Comp: **0000**
ECONOMIAS

Residencial: **001**

Comercial: **000**

Industrial: **000**

Público: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	808F357316	1244	1255	11	10

DATAS

Leitura Atual: **07/09/2018**

Emissão: **07/09/2018**

Lacre Água: **9999999**

Leitura Anterior: **07/08/2018**

Próxima Leitura: **08/10/2018**

Lacre Esgoto: **9999**
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Edgidas	533	533	126	533	533
Analisadas	545	545	538	543	543
Em conformidade	545	535	508	529	543

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 10 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
AGUA
ESGOTO
PARTE DE CONTABILIZAÇÃO


Valor (R\$)
07 NOV. 2018
☐ SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular
☐ VANDA MARIA GOMES DE MATTOS - Substituta
☐ STEFANIA MARIA GOMES SILVEIRA - Substituta
☐ ELIZABETE DE ARAUJO FARIAS - Esc. Alameda
☐ FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Alameda

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
set/17	11	8
out/17	6	4
nov/17	6	4
dez/17	8	6
jan/18	9	7
fev/18	8	7
mar/18	9	7
abr/18	10	8
mai/18	10	8
jun/18	11	8
jul/18	10	8
ago/18	10	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,50
COFINS	2,53

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	77,16
VALOR DO SUBSÍDIO	24,09
VALOR TOTAL A PAGAR	53,07

MÊS/ANO
09/2018
VENCIMENTO
24/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
53,07
ONDE PAGAR SUA FATURA
I:357015054904435 L:2311 H:12:55:11 R:040 P:001
Banco do Brasil - Agência: 0000 - Caixa
Central de Atendimento

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007753454 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/11/2010

GESSE ALVES DE OLIVEIRA

ANTÔNIO ALVES DE OLIVEIRA

MARIA NAZARÉ DE OLIVEIRA

ARACÓYABA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/05/1968

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 19532 FOLHA: 194 LIVRO: B-34 FORTALEZA - CE

CPF RG: ANT: 106667286 P.: 1

1 VIA

SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 595603

07 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular

IVANDA MARIA GOMES DE MATOS - Subscritora

STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Subscritora

ELIZINETE DE ARAÚJO FARIAS - Esc. Autógrafa

FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autógrafa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgareiro Direto

GESSE ALVES DE OLIVEIRA

ACQUINATURA DO TITULAR

SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 595603

07 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular

IVANDA MARIA GOMES DE MATOS - Subscritora

STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Subscritora

ELIZINETE DE ARAÚJO FARIAS - Esc. Autógrafa

FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autógrafa

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 413.025.402-20

Nome GESSE ALVES DE OLIVEIRA

Nascimento 12/05/1968

VÁLIDA SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 595603

07 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular

IVANDA MARIA GOMES DE MATOS - Subscritora

STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Subscritora

ELIZINETE DE ARAÚJO FARIAS - Esc. Autógrafa

FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autógrafa

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

13:35:48 do dia 13/10/2015 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

SELO DE AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 595603

07 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular

IVANDA MARIA GOMES DE MATOS - Subscritora

STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Subscritora

ELIZINETE DE ARAÚJO FARIAS - Esc. Autógrafa

FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autógrafa



Nº de Inscrição:

005505275

DADOS DO CLIENTE

Nome: IULIA OLIVEIRA DA SILVA

End. Leitura: RU 3 CJ JOAO PAULO II, 106, BARROSO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60732-832

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 052 Quadra: 0120 Lote: 0082 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Púlblico: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F205139	617	626	9	6

DATAS

Leitura Atual: 08/11/2018 Emissão: 08/11/2018 Lacre Água: 2984048
Leitura Anterior: 08/10/2018 Próxima Leitura: 07/12/2018 Lacre Esgoto: 4584935

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	533	533	126	533	533
Analisados	535	535	535	535	535
Em conformidade	527	530	509	519	535

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Esgoto (m³)
AGUA	10,71	Mês/Ano	3
ESGOTO	8,33	Jan/18	4
		Fev/18	4
		Már/18	4
		Abr/18	4
		Mai/18	4
		Jun/18	4
		Jul/18	4
		Ago/18	4
		Sep/18	4
		Out/18	4

A presente cópia confere com o documento que me foi apresentado pela parte interessada. Dou Fé.
Fortaleza/CE.
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

22 NOV 2018

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSAJIA
Rua Cel. Joaquim Bezerra, nº 79
Messajiana - Fortaleza - Ceará - 60020-000
FONE: (85) 3229.1911 / (85) 3474.0510

☐ SILVANA VARELA
☐ YANDA MARIA L.
☐ STEFÂNIA MARIA
☐ FELIZMATE DE AMARAL
☐ SPANCIO WASHINGTON S.

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição		Descrição	
PIS	0,18	VALOR DO SERVIÇO	60,73
COFINS	0,91	VALOR DO SUBSÍDIO	41,69
		VALOR TOTAL A PAGAR	19,04
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
11/2018	23/11/2018	19,04	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNA, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa, Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: BNP Paribas, A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta e sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

I: 357015050541397 L: 7785 N: 13-01:58 R: 038 P: 001

Control de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
Móvel

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOFON - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento da Cagece: 2101.1912, de 8h às 12h e 13h às 17h.

conservador.gov.br
8 em 8 nos serviços
E-CONFERÊNCIA

155
OUVIDORIA



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE	357015050541397 - 7785	Mês/Ano
Inscrição: 005505275	Código de Responsável:	11/2018
Local: 001 Setor: 052 Quadra: 0120 Lote: 0082 Comp: 0000		
Subsetor: 00 Subquadra: 00		
Cidade: FORTALEZA	Vencimento: 23/11/2018	Total (R\$): 19,04

82680000000 0 19040009600 3 00550527501 5 02001122015 7



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Cavulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 7472 de 01.05.1945 que aprovou a C.T. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além do conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação a validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE - WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

124.33255.32-7

2509864

003-0

CE

Lucas Alves de Oliveira



DE MESSEJANA
João de Deus - Ceará
Cidade: Fortaleza - Ceará
Data: 19-11-17 (85) 3474 0510
Fone: (85) 3279 15-17 (85) 3474 0510

A presente cópia contém com o documento que me foi apresentado pela parte interessada. Dou Fé. Fortaleza/CE.
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTIDADE

20 NOV. 2018

☐ SILVANA MARY FARIAS GOMES - TITULO
☐ JANDA MARIA GOMES DE MATOS - Socio(a)
☐ STEFANIA MARIA GOMES SILEIRA - Socio(a)
☐ LUCIETE DE ARAUJO FARIAS - Ex. Autorizada
☐ JOSEJO WASHINGTON SOUSA LIMA - Ex. Autorizada

LUCAS ALVES DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO: ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA
MARIA NAZARE DE OLIVEIRA
NASCIMENTO: 06/05/1972
SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: OCARA - CE
DOCUMENTO: R.G. 98002008379 SSP CE 07/01/1998
LEI Nº 9.449, DE 16 DE MAIO DE 1998
CPF: 551.816.633-04
TÍT. ELEITOR:
ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/CE - 18/10/2009

1888

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____

DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____

DOCUMENTO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____

LEGENDA

A - CASAMENTO	C - DISSOLUÇÃO	E - RECONSTITUIÇÃO DE IDENTIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
P - SEPARAÇÃO	D - MORTO	F - MUDANÇA DE NOME	

CONTRATO DE TRABALHO

07.373.434/0001-86

FUNDACÃO EDSON QUEIROZ

AV. WASHINGTON SOARES, 1371

EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811 - 905

PORTALEZA - CEARA

ESCOLA SUPERIOR

Auxiliar de Serviços Gerais

CEON 514320

DATA DE ADMISSÃO 04 DE julho DE 2016

REGISTRO 730546155 - FOLHA 546155

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 880,00 (oitocentos e

oitenta reais) por mês

CONTRATO DE TRABALHO

fls. 39

FUNDACÃO

LOCALIDADE

ENDREÇO

MUNICÍPIO

ESTADO ESTABELECIMENTO

CARGO

DATA DE ADMISSÃO

REGISTRO

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA

10

11



LUCIANA ARAGÃO AGUIAR
ADVOCACIA
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, Luís Alvaro de Oliveira, portador(a) do RG nº 2007753454-3 SSP/CE, inscrito(a) no CPF sob o nº 413.025.402-20, residente e domiciliado(a) na Rua 13, nº 15 - Conj. João Paulo II - Bairro -
Cap: 60.863-640 - Fortaleza / Ce declaro, para todos os devidos fins, que Luís Alvaro de Oliveira, portador(a) do RG nº 98002008379 SSP/CE, inscrito(a) no CPF sob o nº 561.816.633-04, é residente e domiciliado(a) na Rua 13, nº 15 - Conj. João Paulo II - Bairro -
Cap: 60.863-640, Fortaleza / Ce, cujo comprovante de endereço se encontra em meu nome.

Fortaleza, 26 / 11 / 18.

x Luís Alvaro de Oliveira
 Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA DELEGADA DE FORTALEZA

Polícia Delegada

Hesse Alves de Oliveira

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007753454 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/11/2010

NOME HESSE ALVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA
MARIA NAZARÉ DE OLIVEIRA

NATURALIDADE ARACOIABA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/05/1988

DOC. ORIGINÁRIO CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 19532 FOLHA: 194
LIVRO: 8-34 FORTALEZA - CE

CPF RG: ANT: 106467284

1 VIA

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 931/25

20 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular
VANDA MARIA GOMES DE MATOS - Substituta
STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Substituta
ELIZABETE DE ARAUJO FARIAS - Esc. Autorizada
FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autorizada

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

AUTENTICAÇÃO

Nº HV 931/25

20 NOV. 2018

SILVANA MARY FARIAS GOMES - Titular
VANDA MARIA GOMES DE MATOS - Substituta
STEFÂNIA MARIA GOMES SILVEIRA - Substituta
ELIZABETE DE ARAUJO FARIAS - Esc. Autorizada
FRANCISCO WASHINGTON SOUSA LIMA - Esc. Autorizada



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54073488

!Y*E{"

fls. 43

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/10/2018 16:17:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14256143	LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	M	06/06/1972	46
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
98002008379 SSP CE	56181663304			2-SOLTEIRO
Endereço				
AV WASHINGTON SOARES,1321 - COCO, FORTALEZA(CE) CEP 60811341				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
23688000954007			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/10/2018	22:43		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO



R4310RA -(1.10) LEANDRO GOMES FORTE



CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

06/10/2018 22:48

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 06/06/1972	Atendimento: 54073488	Prontuário: 14256143
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Letto: /	
Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]		Nº: 28695846	06/10/2018 às 22:45

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-SOLO. APRESENTA DOR EM TORAX, EDEMA EM FACE, E OMBRO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]
CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO:99524074320, às 23:58:57 de 06/10/2018

ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54073488

!Y*E{"

fls. 45

PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/10/2018 16:17:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14256143	LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	M	06/06/1972	46
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
98002008379 SSP CE	56181663304		2-SOLTEIRO	
Endereço				
AV WASHINGTON SOARES,1321 - COCO, FORTALEZA(CE) CEP 60811341				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
23688000954007			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/10/2018	22:43		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)



CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/10/2018 18:18

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 06/08/1972	Atendimento: 54073490	Prontuário: 14256143
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): MARIA IRLENE DIOGENES COREN 583498 [1]		Nº: 28697857	07/10/2018 às 01:07
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		TRAMADOL AMPL 50MG EV ADMINISTRADO AS 01:07, EM 07/10/2018 RESP. MARIA IRLENE DIOGENES, COREN/CE 583498. [1]	
		PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 01:07, EM 07/10/2018 RESP. MARIA IRLENE DIOGENES, COREN/CE 583498.	
SINAIS E SINTOMAS			
Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem		Sim	[1]



CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/10/2018 16:17

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ
Dt. Nasc.: 08/08/1972 Atendimento: 54073490 Prontuário: 14256143
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): MARIA EVANIR OLIVEIRA DOS SANTOS FERREIRA, ENFERMEIRO(A), Nº: 28697892 07/10/2018 às 01:10
COREN 455533 [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Informações Adicionais Do Paciente

PACIENTE REALIZOU TC DE CRÂNIO, ONDE EVIDENCIOU FRATURAS DE ÓRBITA DIREITA E ESQUERDA E EPISTAXE. SOLICITADO PARECER DO BUCOMAXILO. CONTACTADO DR JOSE MARIA, ONDE O MESMO INFORMOU QUE VIRÁ AVALIAR PELA MANHÃ. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. PACIENTE ORIENTADO PELO CIRURGIÃO DR CARLOS CUNHA A IR PARA SUA RESIDENCIA E RETORNAR PELA MANHÃ.

[1]



CONFERE O PRONTUÁRIO
LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/10/2018 16:17

Paciente: LUCAS ALVES DE OLIVEIRA Dt. Nasc.: 08/08/1972 Atendimento: 54073490 Prontuário: 14258143
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
Profissional(is): CARLOS CUNHA OLIVEIRA CRM 17272 [1] Nº: 28697121 07/10/2018 às 00:10

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE RETORNA COM RX D ETORAX Pelve e cervical
NORMAIS. TC DE CRANIO NORMAL. TC D EFACE COM FRATURAS
EM OBITA D - PAREDE LATERAL POSTERIOR E BASE. E FRATURA
DE PAREDE MEDIAL D EORBITA E??
CD AVAL DO BUCO MAXILO- PACIENTE COM EPISTAXE [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE RETORNA COM RX D ETORAX Pelve e cervical
NORMAIS. TC DE CRANIO NORMAL. TC D EFACE COM FRATURAS
EM OBITA D - PAREDE LATERAL POSTERIOR E BASE. E FRATURA
DE PAREDE MEDIAL D EORBITA E??
CD AVAL DO BUCO MAXILO- PACIENTE COM EPISTAXE [1]

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação [1]



CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13831337

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.306/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Germana de Sousa Oliveira

OBSERVAÇÕES



PROCURADOR

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADA

36121

GERMANA DE SOUSA OLIVEIRA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO BEGAS CORREIA DE OLIVEIRA
VERA MARIA MAIA DE SOUSA OLIVEIRA

NATURALIDADE
FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO
13/08/1979

CPF
028.814.553-28

EXPIROU EM
01 02/02/2017

QUADOR DE ÓRGÃOS E TÍTULOS
SIM

MARCELO MOTA GURGEL AGUIAR
PRESIDENTE



GERMANA

CHECK OUT DA FATURA DA OI
Acesse em: www.oi.com.br/OiMais

FATURA DE

OUT/2018

CÓDIGO MINHA OI
401073938222

VENCIMENTO

12/11/2018

Emissão em: 25/10/2018

Período de: 23/09/2018 a 23/10/2018

FOLHA Nº

57,47

fls. 50

CTC CORREIOS
GERMANA DE SOUSA OLIVEIRA
RUA JOSE GAUDENCIO MOREIRA 55 CA 14
LAGOA REDONDA
60831-078 - FORTALEZA - CE

7200039000 110000 0000000000 10 201818

RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.PAGUE PARA A CONTA ONLINE
E a sua conta ficará automática
Código para o débito automático

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

55,03



OI MÓVEL

+ Pacotes Adicionais do Móvel

1,64

TOTAL DE MENSALIDADES

57,47

TOTAL DA SUA FATURA

57,47

GERMANA DE SOUSA OLIVEIRA

CPF: 628.614.553-20

Número do cliente: 2752975961

Número da conta: 50006120

Código para débito automático: 401073938222

CÓDIGO MINHA OI

401073938222

www.oi.com.br/OiMaisOi

Consulte em: Meu Número de conta OI e Fatura

Ou pelo 0800-073938222 (toll-free)

Atendimento

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura é composto por:

Out 2018	57,47
Set 2018	58,70
Ago 2018	54,65
Jul 2018	54,65
Jun 2018	54,65
Mai 2018	54,65

Faça sempre, sempre os pagamentos em dia e evite cobranças de multa de 20% e juros de 12% ao mês por falta de Suspensão do Serviço. Para 45 dias após envio da notificação e com mais 30 dias de suspensão total durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cortada automaticamente de acordo com os valores contratados, podendo ser sua linha e serviço inativados. Cancelamento em: 0800-073938222 ou 0800-073938222. Para mais informações consulte o site: <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0110864-02.2019.8.06.0001 e código 443E6A1.



CONTE

GERMANA DE SOUSA OLIVEIRA

FATURA DE

OUT/2018

VENCIMENTO

12/11/2018

VALOR

57,47

DEBITO AUTOMATICO

401073938222

OI MÓVEL S.A.

84610000000-5 57470113279-1 29759610050-5 00612300100-7



HISMED - Historico de Pericia Medica

Acao

	Inicio	Origem	Desvio	Restaura	Fim
NB:	6254495035		Nome:	LUCAS ALVES DE OLIVEIRA	
DER:	31/10/2018		DIB :	25/10/2018	DAT: 10/10/2018
DID:	09/10/2018		DII :	09/10/2018	Dt Acid.:
Especie:	31		Profissao:	00999	
APS Realizacao....:	05.0.01.090			DCA:	00/00/0000
Ordem:	02			Dt. Marcacao Exame:	
Conclusao:	2 - DCB			Dt. Limite:	08/03/2019
Diagnostico:	S02			Diag. Secundario :	
Local do Exame ...:	INSTITUTO			Codigo da Fase ...:	25
Cod. do Perito ...:				Cod. perito quadro:	0502936
Dt. Realizacao ...:	08/01/2019			Percentual Reducao:	00
Dt. Proximo Exame:				Isento Carencia ...:	NAO
Acrescimo:	NAO			Nexo Tecnico:	NAO
Transf. Especie ..:	NAO			Tipo BPC:	NAO
Exame Requisitado:	NAO			Diligencia:	NAO
Pericia Convenio :	NAO			Retroacao da DII ..:	NAO
Dt. Digitacao:	08/01/2019			Dt. Alteracao:	08/01/2019
CRM/RMS Medico ...:	0000000000			Antecipa Parto:	NAO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 6254495035 LUCAS ALVES DE OLIVEIRA Situacao: Ativo
OL Concessor : 05.001.090 Renda Mensal Inicial - RMI.: 1.023,40
OL Conc. Ant1 : Salario de Beneficio : 1.124,62
OL Conc. Ant2 : Base Calc. Apos. - A.P.Base:
OL Conc. Ant3 : RMI/Antiga Legislacao.... :
OL Executor : Valor Calculo Acid. Trab. :
OL Manutencao : 05.001.090 Valor Mens.Reajustada - MR : 1.026,36
Origem Proc. : CONCESSAO ON-LINE
Trat.: 13 Sit.credito : 02 VALOR CREDITO COMPET NAO PRECISA SER AUD
CNIS: 0 NAO HOUE UTILIZACAO DE DADOS DO CNIS NB. Anterior :
Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO NB. Origem :
Ramo atividade: 2 COMERCARIO NB. Benef. Base:
Forma Filiacao: 1 EMPREGADO Local Trabalho: 51
Ult. empregador: 7373434000186 DAT: 10/10/2018 DIP: 25/10/2018
Indice Reaj. Teto: DER: 31/10/2018 DDB: 22/11/2018
Grupo Contribuicao: 12 DRD: 31/10/2018 DIC:
TP.Calculo : DIB: 25/10/2018 DCI:
Desp: 09 CONC. BASE ARTIGO 27 INCISO II DO R DO/DR: DCB: 08/03/2019
Tempo Servico : 11A 9M 6D DPE: A M D DPL: A M D

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974.

Dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A alínea b do artigo 20, do [Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966](#), passa a ter a seguinte redação:

"Art. 20.

b) - Responsabilidade civil dos proprietários de veículos automotores de vias fluvial, lacustre, marítima, de aeronaves e dos transportadores em geral."

Art. 2º Fica acrescida ao artigo 20, do [Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966](#), a alínea I nestes termos:

"Art. 20

I) - Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não."

~~Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: (Vide Medida nº 340, de 2006).~~

~~I - (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

~~II - (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

~~III - (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

~~a) 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário mínimo vigente no País no caso de morte;~~

~~b) Até 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário mínimo vigente no País no caso de invalidez permanente;~~

~~c) Até 8 (oito) vezes o valor do maior salário mínimo vigente no País como reembolso à vítima no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.~~

~~Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)~~

~~Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Medida Provisória nº 451, de 2008).~~

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: [\(Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#)
[\(Produção de efeitos\).](#)

a) (revogada); [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

b) (revogada); [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

c) (revogada); [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

~~§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008).~~

~~I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e~~ [\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\).](#)

~~II – quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista na alínea “a”, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a setenta e cinco por cento para as perdas de repercussão intensa, cinquenta por cento para as de média repercussão, vinte e cinco por cento para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de dez por cento, nos casos de seqüelas residuais.~~ [\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\).](#)

~~§ 2º O seguro previsto nesta Lei não contempla as despesas decorrentes do atendimento médico ou hospitalar efetuado em estabelecimento ou em hospital credenciado ao Sistema Único de Saúde – SUS, mesmo que em caráter privado, sendo vedado o pagamento de qualquer indenização nesses casos.~~ [\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\).](#)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#) [\(Produção de efeitos\).](#)

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#) [\(Produção de efeitos\).](#)

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#) [\(Produção de efeitos\).](#)

§ 2º Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do **caput** deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#) [\(Produção de efeitos\).](#)

§ 3º As despesas de que trata o § 2º deste artigo em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS, sob pena de descredenciamento do estabelecimento de saúde do SUS, sem prejuízo das demais penalidades previstas em lei. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#) [\(Produção de efeitos\).](#)

~~Art. 4º A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento, ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.~~ [\(Vide Medida nº 340, de 2006\).](#)

~~Parágrafo único. Para os fins deste artigo a companheira será equiparada à esposa, nos casos admitidos pela Lei Previdenciária.~~

~~§ 1º Para fins deste artigo, a companheira será equiparada à esposa, nos casos admitidos pela lei previdenciária; o companheiro será equiparado ao esposo quando tiver com a vítima convivência marital atual por mais de cinco anos, ou, convivendo com ela, do convívio tiver filhos.~~ [\(Renumerado com nova redação pela Lei nº 8.441, de 1992\).](#)

~~§ 2º Deixando a vítima beneficiários incapazes, ou sendo ou resultando ela incapaz, a indenização do seguro será liberada em nome de quem detiver o encargo de sua guarda, sustento ou despesas, conforme dispuser alvará judicial.~~ [\(Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992\).](#)

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\).](#)

Parágrafo único. (Revogado pela Lei nº 8.441, de 1992). [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\).](#)

§ 1º (Revogado). [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\).](#)

§ 2º (Revogado). [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\).](#)

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\).](#)

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga no prazo de 5 (cinco) dias a contar da apresentação dos seguintes documentos:-

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso

de morte;

~~§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos; (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992) (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.

§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992)

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992)

~~§ 5º O instituto médico legal da jurisdição do acidente também quantificará as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins de seguro previsto nesta lei, em laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, de acordo com os percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992)~~

~~§ 5º O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até noventa dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais. (Redação dada pela Medida Provisória nº 451, de 2008);~~

§ 5º O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais. (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

~~§ 6º (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

~~§ 7º (Vide Medida nº 340, de 2006)~~

§ 6º O pagamento da indenização também poderá ser realizado por intermédio de depósito ou Transferência Eletrônica de Dados - TED para a conta corrente ou conta de poupança do beneficiário, observada a legislação do Sistema de Pagamentos Brasileiro. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Art. 6º No caso de ocorrência do sinistro do qual participem dois ou mais veículos, a indenização será paga pela Sociedade Seguradora do respectivo veículo em que cada pessoa vitimada era transportada.

§ 1º Resultando do acidente vítimas não transportadas, as indenizações a elas correspondentes serão pagas, em partes iguais, pelas Sociedades Seguradoras dos veículos envolvidos.

§ 2º Havendo veículos não identificados e identificados, a indenização será paga pelas Sociedades Seguradoras destes últimos.

~~Art. 7º A indenização, por pessoa vitimada, no caso de morte causada apenas por veículo não identificado, será paga por um Consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as Seguradoras que operarem no seguro objeto da presente lei.~~

~~§ 1º O limite de indenização de que trata este artigo corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor estipulado na alínea a do artigo 3º da presente lei.~~

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei. (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

§ 1º O consórcio de que trata este artigo poderá haver regressivamente do proprietário do veículo os valores que desembolsar, ficando o veículo, desde logo, como garantia da obrigação, ainda que vinculada a contrato de alienação fiduciária, reserva de domínio, *leasing* ou qualquer outro. [\(Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992\)](#)

§ 2º O Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas Seguradoras participantes do Consórcio.

Art. 8º Comprovado o pagamento, a Sociedade Seguradora que houver pago a indenização poderá, mediante ação própria, haver do responsável a importância efetivamente indenizada.

Art. 9º Nos seguros facultativos de responsabilidade civil dos proprietários de veículos automotores de via terrestre, as indenizações por danos materiais causados a terceiros serão pagas independentemente da responsabilidade que for apurada em ação judicial contra o causador do dano, cabendo à Seguradora o direito de regresso contra o responsável.

Art. 10. Observar-se-á o procedimento sumaríssimo do Código de Processo Civil nas causas relativas aos danos pessoais mencionados na presente lei.

~~Art. 11. Terá suspensão a autorização para operar no seguro obrigatório de que trata o artigo 2º, sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação específica, a Sociedade Seguradora que infringir as disposições desta lei. [\(Vide Medida nº 340, de 2006\)](#)~~

Art. 11. A sociedade seguradora que infringir as disposições desta Lei estará sujeita às penalidades previstas no [art. 108 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966](#), de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. [\(Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

Art. 12. O Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei.

§ 1º O Conselho Nacional de Trânsito implantará e fiscalizará as medidas de sua competência, garantidoras do não licenciamento e não licenciamento e não circulação de veículos automotores de vias terrestres, em via pública ou fora dela, a descoberto do seguro previsto nesta lei. [\(Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992\)](#)

§ 2º Para efeito do parágrafo anterior, o Conselho Nacional de Trânsito expedirá normas para o vencimento do seguro coincidir com o do IPVA, arquivando-se cópia do bilhete ou apólice no prontuário respectivo, bem como fazer constar no registro de ocorrências nome, qualificação, endereço residencial e profissional completos do proprietário do veículo, além do nome da seguradora, número e vencimento do bilhete ou apólice de seguro. [\(Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992\)](#)

~~§ 3º O CNSP estabelecerá anualmente o valor correspondente ao custo da emissão e da cobrança da apólice ou de bilhete do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\)](#)~~

~~§ 4º O disposto no parágrafo único do art. 27 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, não se aplica ao produto da arrecadação do ressarcimento do custo descrito no § 3º. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\)](#)~~

§ 3º O CNSP estabelecerá anualmente o valor correspondente ao custo da emissão e da cobrança da apólice ou do bilhete do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#)

§ 4º O disposto no parágrafo único do [art. 27 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#), não se aplica ao produto da arrecadação do ressarcimento do custo descrito no § 3º deste artigo. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#)

Art. 13. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o [Decreto-lei nº 814, de 4 de setembro de 1969](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de dezembro de 1974; 153º da Independência e 86º da República.

ERNESTO GEISEL
Severo Fagundes Gomes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.12.1974 e retificado em 31.12.1974

ANEXO

[\(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008\)](#)

~~[\(art. 3º da Lei nº 6.194, de 10 de dezembro de 1974\)](#)~~

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	

Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

*

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		
Fonte: http://www.dpvatbrasil.com.br/dpvatIndenizacao.asp		

Indique para um amigo

palavras-chave: Seguro, DPVAT, indenização, invalidez

Para as suas pesquisas, utilize a janela « **Pesquisar** », no canto superior direito de cada página.

© copyright Vias Seguras - ® realização Key Blox

