



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Oliveira Sales</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>agricultor</u>
Identidade/Órgão Emissor: <u>CNH. 1467751331 - Detran/ce</u>		CPF: <u>246.815.983-72</u>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <u>Rua Manoel Pereira de Sousa 663</u>		Número: <u>663</u>
Bairro: <u>Pilriquiri</u>	Complemento: <u>Casa</u>	
CEP: <u>63.870-000</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>Ceará</u>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PENHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui(em) como seu(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - ce 30 de maio de 2019.

x Francisco Oliveira Sales
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome: <u>Francisco Oliveira Sales</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Identidade/Orgão Emissor: <u>CNH.1464751331-Detran-ce</u>		CPF: <u>246.815.983-72</u>
Endereço/ Av. Rua/ Nº: <u>Rua Ernesto Pereira de Sousa 663</u>		Número: <u>663</u>
Bairro: <u>Fibiquari</u>	Complemento: <u>Casa</u>	
CEP: <u>63.870-000</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>Leopoldina</u>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem-ce, 30 de maio de 20 19

x Francisco Oliveira Sales
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467751331

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467751331

Nome: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

DOC. IDENTIDADE / CDD. RENOV. UF: 1492480 SSP CE

CT: 246.815.983-72 DATA NASCIMENTO: 22/10/1960

PRENOM: FRANCISCO SALES BARBOSA

PRENOM: ERICILIA SERAFIM BARBOSA

PERMISSÃO: ACC: CALHA: AD

Nº RENOV: 01817903040 VALIDEZ: 24/01/2022 1ª EMISSÃO: 03/12/1994

OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: Francisco Oliveira Sales

LOCAL: TAUA, CE DATA EMISSÃO: 07/02/2017

Assinatura do Emissor: 16326074511 CE157794903

CEARA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574489727

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8940835 DV **7**

VENCIMENTO
23/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
59,17

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 10 036040 04 0365

Nome CLESSON FACUNDO SALES

Endereço Postal

Medidor

10346958

Poste

0000 A15L

End. da Unidade RU ERNESTO PEREIRA DE SOUSA 00663 00663 TIBIQUARI BOA
Consumidora VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 031.265.803-60

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 946 Leitura Anterior 879 Constante 1 Consumo (kWh) 67 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 67

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

16/05/2019

Prev. Próxima
Leitura

15/06/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

84DE.E4DB.19E6.7172.ACF4.3F1B.A193.1057

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,57	27%	13,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,29
JUROS DO MES	0,32
MULTA MORATORIA	0,84
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	6,15
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,50)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

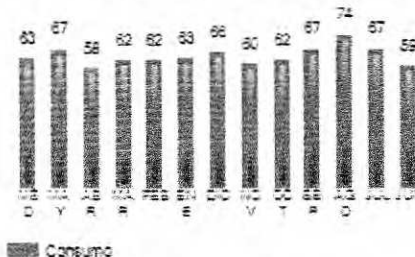
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,84

Conjunto BOA VIAGEM

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8940835-7 N° da Nota Fiscal: 574489727 Total a Pagar (R\$): 59,17
Data de Emissão: 29/05/2019 Referência: MAI/2019 N° de Controle: 0008940835 00015 4316 2 01

83800000000-9 59170031000-8 00089408350-3 00154316225-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: <i>Francisco Oliveira Sales</i>		
Nacionalidade: <i>Braileiro</i>	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>agricultor</i>
Identidade/Orgão Emissor: <i>CNH. 1467751331 - Detran-ce</i>		CPF: <i>246.815.983-72</i>
Endereço/ Av., Rua/ Nº: <i>Rua Ernesto Pereira de Sousa 663</i>		Número: <i>663</i>
Bairro: <i>Tibiquari</i>	Complemento: <i>casa</i>	
CEP: <i>63.870-000</i>	Cidade: <i>boa Viagem</i>	Estado: <i>Ceará</i>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado(a) no endereço acima informado.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

boa Viagem-ce, 30 de *maio* de 20 *19*

x Francisco Oliveira Sales
DECLARANTE



Impresso nº 2019139950

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 09:23:20**
Data / Hora da Ocorrência: **02/01/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DA LOCALICADA DE JORDÃO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO OLIVEIRA SALES**
Nascimento: **22/10/1960** CPF: **246.815.983-72**
RG: **1492480** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ERCILIA SERAFIM BARBOSA**
FRANCISCO SALES BARBOSA
Endereço: **RUA MARIA DE ASSIS UCHOA, 139**
Bairro: **TIBIQUARI**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8832-7080**

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço: Estrada na Localidade de Jordão, Boa Viagem - Ce; QUE estava envolvido no acidente FRANCISCO OLIVEIRA SALES, o qual pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR125 BROS ES, PLACA HWP5003 LICENCIADA EM NOME DE: CLESSON FACUNDO SALES; QUE OLIVEIRA quebrou o pulso da mão direita neste acidente; QUE OLIVEIRA quando estava nesta motocicleta subindo uma ladeira, que de repente a moto parou (estancou) e desequilibrou da mesma, e que tentou apoiar sua mão ao solo quando veio a quebrar seu pulso da mão direita, que seu filho vinha da garupa desta motocicleta e foi pedir socorro aos vizinhos, que conseguiram um carro e o trouxeram até a Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE apresentando fraturou no pulso da mão direita neste acidente; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes: CLESSON FACUNDO SALES, RG.: 2004097048147-SSPDS-CE e JOSE DE SOUSA LIMA, RG.: 2007021923-5-SSP-CE; QUE apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de OLIVEIRA, cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço do OLIVEIRA (VÍTIMA), cópia do CRLV do veículo de placa HWP5003; cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço de CLESSON FACUNDO SALES (TESTEMUNHA 01); cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço de JOSE DE SOUSA LIMA (TESTEMUNHA 02); E NADA MAIS DISSE//



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Impresso nº 2019139950

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 346 / 2019



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Oliveira Sales

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264

TEST.01.: + Clemon Faundo Sales

TEL.: 188199616.0803

TEST.02.: + José de Souza Lima

TEL.: 18888360197

CASA DE SAÚDE
Adília Maria

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 02/10/19 HORÁRIO: 9:00 H UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H
DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO N°: _____

NOME: Francisco Oliveira Sales CARTÃO DO SUS: _____
SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 22/10/60 IDADE: 57 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: _____
NOME DA MÃE: Enelma Schapim Barbosa NATURALIDADE: PB
ENDEREÇO: _____ N° _____ BAIRRO: Libiquari
CIDADE: PB ESTADO: Ceará TELEFONE: () _____ ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO
PA: _____ X _____ mmhg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg
QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimentos da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós- crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias não controláveis; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, dislalia, afasia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumatizado sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náusea e tontura; - Torcicolo; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso;	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestados médico;
Casa de Saúde Adília Maria UMF 07-806.680/0001-84 Unidade Básica de Saúde a Ocorrência dos Nossos Arquivos				SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Protocolo N° 039

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula N° 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará- CE CEP: 63.870-000

Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.680/0001-84 CNES- 2479028

Boa Viagem-Ce

NOME: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ H

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Relatou acidente automobilístico

Itana Moreira Barbosa
Enfermeira
COREN-467114

EVOLUÇÃO MÉDICA:

fratura Gessard

fratura por trauma

Gessard

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Francisco Reales Navarrete
CRM 9272-CE
CPF: 054.357.897

Casa de Saúde Adm. Santa
Rua São Vicente de Paula nº 100
Centro- CEP: 63.870-000
Fone: (88) 3427-4136
Boa Viagem-Ce

Casa de Saúde Adm. Santa
CPF: 07.505.080/0001-04
Esta cópia contém sem
a Original dos Nossos Arquivos

Protocolo nº 039

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula Nº 100 – Centro – Boa Viagem – Ceará- CE CEP: 63.870-000

Fone: (88) 3427-4136/1622 CNPJ: 07.505.080/0001-04

4-1C

FICHA DE CADASTRO E ATENDIMENTO

DADOS CADASTRAIS

Registro: 22036

Nome: FRANCISCO OLIVEIRA SALES

Nome da Mãe: ERCILIA SERAFIM BARBOSA

Nome do Pai: FRANCISCO SALES BARBOSA

Município: BOA VIAGEM

Endereço: ERNESTO PEREIRA DE SOUSA, 0
TIBIGUARI

Telefone de Contato: - 8897291719 -

Documentos: CI: 1492480,

Responsável pelo paciente: Telefone de Contato:

Em caso de Urgência comunicar:

Usuário: JEFFERSONPAULINO

Data Nasc: 22/10/1960

CEP: 63870000

Bairro:

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Tipo de Atendimento: INT

Data Atendimento: 07/01/2019

Hora: 11:25:09

Convênio: PARTICULAR

Categoria: PARTICULAR

Unidade: UNIDADE C

Observações:

Médico: FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Definição de dor com queixa de dor na região lombar há 1 semana

CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Neuralgia de origem

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

R + exames físicos

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

Tratamento cirúrgico

CID:

Frederico Thales de Vasconcelos
MEDICO RESPONSÁVEL

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia

COMISSÃO REVISORA DE PRONTOUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAUCARÁ
CNPJ: 06.581.611/0001-06
MARACANAU-CE 18/02/2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/05/2019 às 08:42, sob o número 01379201020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137920-10.2019.8.06.0001 e código 49C7E62.



NOME DO PACIENTE	FW Oliveira Sales	ENF. OU APTO.		LEITO	4.10	PRONTUÁRIO	
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO						
07/01/19	Trz novo para o c.c. para tratamento cirurgico L. frehne L. ombro co - v.p.m <i>Frederico Thales de Vasconcelos</i> Ortopedia e Traumatologia CREMEC 14332						

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ-06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/02/2019

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1 - Desobediência do Dr. [assinatura]
- 2 - Pequena medula
- 3 - Anestesia e Anestesia
- 4 - Anestesia e Anestesia
- 5 - Anestesia e Anestesia
- 6 - Anestesia e Anestesia

Frederico Thaís de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-11332
07/01/19

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

fls. 19

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAUCARA
CNPJ 06.587.611/0001-96
MARACANAÚ-CE 28/02/2019
Rocha

SINISTRO 3190261518 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO OLIVEIRA SALES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO OLIVEIRA SALES**CPF/CNPJ:** 24681598372**Posição em 30-05-2019 08:05:35**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): FRANCISCO OLIVEIRA SALES - Sinistro: 3190261518
Valor Nominal	R\$ 1.687,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	2/1/2019 a 1/5/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	119 dias	1,022771
Percentual correspondente	119 dias	2,277106 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 1.725,93
Sub Total	(=)	R\$ 1.725,93
Valor total	(=)	R\$ 1.725,93

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	1.687,50			
Data inicial	2/1/2019			
Data final	1/5/2019			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
	Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
	2/1/2019	1/2/2019	0,3484 (%)	1.693,38
	1/2/2019	1/3/2019	0,5400 (%)	1.702,52
	1/3/2019	1/4/2019	0,7700 (%)	1.715,63
	1/4/2019	1/5/2019	0,6000 (%)	1.725,93

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 1.725,93
Valor total	(=)	R\$ 1.725,93

Retornar Imprimir