

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488662 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA **Data do acidente:** 29/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
SOUZA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial proximal da tibia esquerda. Fratura da clavícula direita e fratura distal do antebraço direito. Lesão do plexo braquial direito.

Descrição do exame Limitação de 30% nos movimentos de dorso flexão do pé esquerdo e nos movimentos de inversão e eversão do **médico pericial:** tornozelo esquerdo. Déficit motor do membro superior direito por lesão do plexo braquial direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em outubro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Sequela de 100% no membro superior direito por lesão do plexo braquial direito e 25% no membro inferior esquerdo por rigidez articular

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro superior direito e do membro inferior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Roberto Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			87,5 %	R\$ 11.812,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

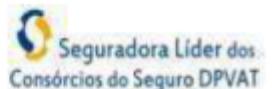
CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lucia de Fátima Cahino da Costa Hime".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378560/18

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

CPF: 000.051.823-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LINDEMBERG FERREIRA AIRES : 037.399.243-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA : 000.051.823-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2018
Nome: LINDEMBERG FERREIRA AIRES
CPF: 037.399.243-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

LINDEMBERG FERREIRA AIRES

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488662 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA **Data do acidente:** 29/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
SOUZA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO.
FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM,EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378560/18

Número do Sinistro: 3180488662

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

CPF: 000.051.823-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Laudo do IML - Lesões corporais

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/12/2018

Nome: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

CPF: 037.399.243-22

Data do cadastramento: 05/12/2018

Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS

CPF: 054.403.453-88

LINDEMBERG FERREIRA AIRES

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Nº Sinistro: 3180488662

Vitima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 29/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180488662**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Nº Sinistro: 3180488662

Vitima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 29/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180488662**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

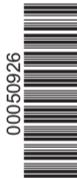
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3180488662

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 29/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180488662** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180488662

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 29/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3180488662

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Data do Acidente: 29/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180488662** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE QUIXADÁ

CARTÓRIO BEZERRA

1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, REGISTRO DE PROTESTOS, TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Francisco Enéas de Lima, nº 1845, Centro. Fone/Fax-(088) 3412-0491 - Cep: 63900-231
e-Mail: cart.bezerra@gmail.com / WebSite: www.cartoriobezerra.blogspot.com

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA
TABELIÃ

EDUARDO TÉRCIO VIANA BEZERRA
SUBSTITUTO ADMINISTRADOR

MARIA GLÁUCIA CUNHA DE OLIVEIRA
ESCREVENTE SUBSTITUTA

Traslado de Escritura Pública Declaratória, que: JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA, na forma abaixo declarada:

SABEM, quantos este público instrumento de Escritura Declaratória virem que, aos quatro (04) dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito (2.018), nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste 1º Cartório (Cartório Bezerra), à Rua Francisco Enéas de Lima, 1.845, Centro, Quixadá - CE, CEP: 63.900-231, porante mim, Tabeliã, compareceu como **OUTORGANTE DECLARANTE**: JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Identidade RG: 3288593-98 SSPDS-CE e CPF: 000.051.823-95, residente e domiciliado na localidade de Vila Salgado, Zona Rural, Daniel de Queiroz, Quixadá - CE, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé. Então, o outorgante declarou, para todos os fins de direitos, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: A) Que, o mesmo, conduzia o Veículo do Tipo: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC, de Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, Ano: 2009/2009, de Placa: NQP3375, Chassi: 9C2KC16109R015504, B) Que o referido veículo se envolveu em um acidente de trânsito em data de 29/01/2018, na localidade de Triângulo da Varjota, Quixadá - CE, deixando como vítima o declarante; C) Que, o mesmo, com a renda mensal de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório do sinistro ocorrido no dia vinte e nove (29) de janeiro de dois mil e dezoito (2018). Autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: Crédito em Conta Corrente, do **BANCO BRADESCO S/A**, Número da Agência: 1593-8, Número da Conta: 512677-0, Banco: 237, D) Declara, sob as penas da lei, que está 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: Não há estabelecimento do IML o município de sua residência. Peço outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, acceitou e assina, este instrumento juntamente com as testemunhas: **LINDEMBERG FERREIRA AIRES**, portador da CNH: 0496631003 DETRAN-CE e **ANTONIA NEILA PINTO AIRES**, portadora da Identidade RG: 2007011004-7 SSPDS-CE, destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina à rogo do outorgante por ser analfabeto, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. **FRANCISCO EDUILIO DA SILVA SOUZA**, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Trasladada hoje. Eu, *Eduardo Tércio Viana Bezerra, Substituto Administrador, a fiz digitar e conferir. (Ass.) Lindemberg Ferreira Aires, Antonia Neila Pinto Aires, Francisco Edulio da Silva Souza. Eu, Eduardo Tercio Viana Bezerra, Substituto, a subscrovo _____ e assino em público e raso com sinal que uso.*

Em testemunho _____ da Verdade.

Eduardo Tercio Viana Bezerra

Substituto

TRIBUNAL DE JUSTIÇA TI-CE

Emolumentos	71,20
FERMOJI	4,15
Selo	9,67
FAADEP	3,36
FRMMP	3,56
ISS	3,56
TOTAL	78,22
DPVAT	
Selo:	



CONSELHO DISTRITAL DE FOLHOS

17 OUT 2018

Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SAVIOS

JOSE WELINGTON DA SILVA SOUZA 14:36 HRS
AGENCIA 1893 CONTA 00108677 0 02/07/2018

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

AGOSTO/2018		
DIA	HISTÓRICO	N. DOCUMENTO
06	SALDO ANTERIOR	
15	TARIFA BANCARIA 0100818 VR. PARCIAL CESTA B. EXPRESS01 S A L D O	
SETEMBRO/2018		
04	CREDITO DO INSS 0011593 PARC CRED PESS 7000247 CONTR 330251778 PARC 013/063 PARC CRED PESS 7000247 CONTR 321484726 PARC 016/060 PARC CRED PESS 7000247 CONTR 308081311 PARC 023/063 TARIFA BANCARIA 0100818 CESTA B. EXPRESS01 APL. INVEST FAC 8704925 S A L D O	
05	REFG. INVEST FAC 8704925 SAQUE C/C BDN 3846369 Ag01593meq098846sq0456905090947 S A L D O	
06	RESS INVEST FAC 8704925 SAQUE CARLAC CH 159275 ESPECIE S A L D O	
14	TARIFA BANCARIA 0110918 VR. PARCIAL CESTA B. EXPRESS01 S A L D O	
OUTUBRO/2018		
02	CREDITO DO INSS 0021593 PARC CRED PESS 0255602 TARIFA BANCARIA 0518918 CESTA BRADESCO EXPRESS SALDO TOTAL	

MOVIMENTACAO DE SAVIOS
00108677

02/07/2018

17 OUT 2018

MOVIMENTACAO DE SAVIOS
00108677
02/07/2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2018123160

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2668 / 2018

419719
DSL- 0346560/18

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** 318048868
Data / Hora da Comunicação: **21/06/2018 13:11:21**
Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2018 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TRIANGULO DA VARJOTA**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Nascimento: **01/09/1978** CPF: 099-000-000-000
RG: **328859398** Orgão Emissor: **SSPDS** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Filiação: **FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA SOUZA** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Endereço: **VIA SALGADO** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Bairro: **ZONA RURAL DANIEL DE QUEIROZ** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Município: **QUIXADA/CE** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
País: **BRASIL** DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Telefone: **(88) 98822-5743** DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Histórico

Que no dia e hora acima citados conduzia à motocicleta(Honda CG 150 TITAN MIX KS ,2009/2009, COR VERMELHA , CHASSI 9C2KC1609R015504, LICENCIADO EM NOME DE ANTONIO ALESSANDRO DA SILVA SOUZA) quando perdeu o controle da referida motocicleta por conta de uma colisão uma Topic que faz o trajeto para a cidade de Choró; Que o declarante informa que com o impacto foi levado para o Hospital Eudálio Barroso em Quixadá , mas por conta dos ferimentos foi levado para o IJF na cidade de Fortaleza onde veio a se submeter a uma cirurgia no Braço direito; Que o noticiante ficou internado por dois meses e vinte dias tendo alta médica em seguida para recuperar em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE QUIXADÁ

CARTÓRIO BEZERRA

1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, REGISTRO DE PROTESTOS, TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Francisco Endes de Lima, n.º 1845, Centro. Fone/Fax: (0498) 3412-0491-Cep: 63900-231
e-Mail: cart.bezerra@gmail.com / WebSite: www.cartoriobezerra.blogspot.com

**MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA
TADEJÀ**

EDUARDO TÉRCIO VIANA BEZERRA
SUBSTITUTO ADMINISTRADOR

**MARIA GLÁUCIA CUNHA DE OLIVEIRA
ESCREVENTE SURSTITUTA.**

Traslado de Escritura Pública Declaratória, que: **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**,
na forma abaixo declarada:

SABAM, quantos este público instrumento de Escritura Declaratória virem que, aos quatro (04) dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito (2.018), nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste 1º Cartório (Cartório Bezerra), à Rua Francisco Enéas de Lima, 1.845, Centro, Quixadá – CE, CEP: 63.900-231, perante mim, Tabelião, compareceu como **OUTORGANTE DECLARANTE**: **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Identidade RG: 3288593-98 SSPDS-CE e CPF: 000.051.823-95, residente e domiciliado na localidade de Vila Salgado, Zona Rural, Daniel de Queiroz, Quixadá - CE, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé. Então, o outorgante declarou, para todos os fins de direitos, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: A) Que, o mesmo, conduzia o Veículo do Tipo: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC, de Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, Ano: 2009/2009, de Placa: NQP3375, Chassi: 9C2KC16109R015504, B) Que o referido veículo se envolveu em um acidente de trânsito em data de 29/01/2018, na localidade de Triângulo da Varjota, Quixadá - CE, deixando como vítima o declarante; C) Que, o mesmo, com a renda mensal de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório do sinistro ocorrido no dia vinte e nove (29) de janeiro de dois mil e dezoito (2018). Autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: Crédito em Conta Corrente, do **BANCO BRADESCO S/A**, Número da Agência: 1593-8, Número da Conta: 512677-0, Banco: 237, D) Declara, sob as penas da lei, que está 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: Não há estabelecimento do IML o município de sua residência. Pelo outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assina, este instrumento juntamente com as testemunhas: **LINDEMBERG FERREIRA AIRES**, portador da CNH: 0496631003 DETRAN-CE e **ANTONIA NEILA PINTO AIRES**, portadora da Identidade RG: 2007011004-7 SSPDS-CE; destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina à rogo do outorgante por ser analfabeto, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. **FRANCISCO EDUILIO DA SILVA SOUZA**, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Trasladada hoje. Eu, *Eduardo Tércio Viana Bezerra*, Substituto Administrador, a fiz digitar e conferir. (Ass.) *Lindemberg Ferreira Aires, Antonia Neila Pinto Aires, Francisco Edulio da Silva Souza*. Eu, *Eduardo Tércio Viana Bezerra, Substituto*, a subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso.

Em testemunho da Verdade

Eduardo Tercio Maia Bezerra

卷之三

<u>TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE</u>	
Embutimentos	71,20
FERMOGLI	4,15
Selo	9,67
FAADPP	3,56
FRIMP	3,56
ISS	3,56
TOTAL	78,22
INSTITUTO	
Selo:	



17 OUT 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 29/01/18 Horário: 18:40 N° 212-544

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Wellington de Souza

Estado Civil: Solteiro Sexo: M

Idade: 39 anos Data de Nascimento: 01/09/78

SUS:

Naturalidade: Guiné Profissão: agricultor

Residência: Sítio Salgado Bairro:

2. Diagnóstico: Acidente

3. Procedimento:

Dr. Pontes Neto
CRM 11440
CPF 992.517.883-01
Diretor Clínico

Assinatura / Cântimo Médico

Prefeitura Municipal de Quixada
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Mat. Dr. Eudálio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 10/02/2018

Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Coordenadora do SAME

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPIAR
CÓDIGO DO SÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Centro Integrado 3/A
Av. Dom Joaquim, 300 - Loja 107
Fortaleza - Ceará - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE QUIXADÁ

CARTÓRIO BEZERRA

1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, REGISTRO DE PROTESTOS, TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Francisco Enéas de Lima, nº 1845, Centro. Fone/Fax: (088) 3412-0491-Cep: 63900-231
e-Mail: cart.bezerra@gmail.com / WebSite: www.cartoriobezerra.blogspot.com

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA
TABELIÃ

EDUARDO TÉRCIO VIANA BEZERRA
SUBSTITUTO ADMINISTRADOR

MARIA CLÁUDIA CUNHA DE OLIVEIRA
ESCREVENTE SUBSTITUTA

Traslado de Escritura Pública Declaratória, que: JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA, na forma abaixo declarada :

*Sou eu, J. W. S. S. (Assinatura), quantos estes público instrumento de Escritura Declaratória virem que, aos quatro (04) dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito (2.018), nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste 1º Cartório (Cartório Bezerra), à Rua Francisco Enéas de Lima, 1.845, Centro, Quixadá - CE, CEP: 63.900-231, perante mim, Tabeliã, compareceu como OUTORGANTE DECLARANTE: JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Identidade RG: 3288593-98 SSPDS-CE e CPF: 000.051.823-95, residente e domiciliado na localidade de Vila Salgado, Zona Rural, Daniel de Queiroz, Quixadá - CE, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé. Então, o outorgante declarou, para todos os fins de direitos, sob as penas da lei, especialmente para provas junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: A) Que, o mesmo, conduzia o Veículo do Tipo: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC, de Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, Ano: 2009/2009, de Placa: NQP3375, Chassi: 9C2KC16109R015504, B) Que o referido veículo se envolveu em um acidente de trânsito em data de 29/01/2018, na localidade de Triângulo da Varjota, Quixadá - CE, deixando como vítima o declarante; C) Que, o mesmo, com a renda mensal de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro obrigatório do sinistro ocorrido no dia vinte e nove (29) de janeiro de dois mil e dezoito (2018). Autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas: Crédito em Conta Corrente, do BANCO BRADESCO S/A, Número da Agência: 1593-8, Número da Conta: 512677-0, Banco: 237, D) Declara, sob as penas da lei, que está 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: Não há estabelecimento do IML o município de sua residência. Pelo outorgante declarante, me foi dito que aceitava esta escritura em seus expressos termos, por representar a expressão da verdade. De como assim o disse, me pediu, e eu lhe lavrei esta escritura, a qual depois de lida em voz alta e clara, e achada em tudo conforme, aceitou e assina, este instrumento juntamente com as testemunhas: **LINDEMBERG FERREIRA AIRES**, portador da CNH: 0496631003 DETRAN-CE e **ANTONIA NEILA PINTO AIRES**, portadora da Identidade RG: 2007011004-7 SSPDS-CE; destinado a produzir todos efeitos jurídicos desejados. Assina à rogo do outorgante por ser analfabeto, mas deixa a impressão digital de seu polegar direito, o Sr. **FRANCISCO EDUÍLIO DA SILVA SOUZA**, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Trasladação hoje. Eu, **Eduardo Tércio Viana Bezerra**, Substituto Administrador, a fiz digitar e conserir. (Ass:) **Lindemberg Ferreira Aires, Antonia Neila Pinto Aires, Francisco Edulio da Silva Souza**. Eu, **Eduardo Tércio Viana Bezerra, Substituto**, a subscrevo _____ e assino em público e raso com sinal que uso.*

Em testemunho _____ da Verdade.

Eduardo Tercio Viana Bezerra
Substituto

TRIBUNAL DE JUSTICA TJ-CE

Envolvidos	71,20
FERMOJU	4,15
Selo	9,67
FAADEP	3,56
PRMMP	3,56
ISS	3,56
TOTAL	78,22
Selo:	



2017/01/04 10:45:14

17 OUT 2018

2017/01/04 10:45:14

6376032-0

Para maior detalhamento, acesse o site www.enel.com.br
ou entre em contato com a Enel.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.439
de 29 de setembro de 2002.
Companhia Energética de São Paulo
Há 100 anos Volvendo, 180
CEP 00135-040, Fone: 011 3002-9463
CNPJ 02.013.251/0005-70 | CSEF 93.103.246-3

enel

NOTA DE CUSTO DE ENERGIA ELÉTRICA

531847802

Nota 02 28000 05 056500 - 4 Data de Emissão 04/07/2018

Nome LINDEMBERG PEREIRA AIRES

End. Postal TR. JOAO CANDIDO SOUSA-00077

PLANALTO UNIVERSITARIO - QUIXADA - 03200000

Medidor 1402934 Fone 0300 0000

Classific 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 0073999243-22 CGF

Nome do Responsável

DETALHAMENTO DO PAGAMENTO

Mês de Referência	Data de Abertura	Próxima Leitura	Válida a Resposta da leitura anterior
JUL/2018	04/07/2018	03/08/2018	Declarada

04/07/2018 04/07/2018 03/08/2018 Mês Julho/2018 218,81

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Acumulação Individual
DMC	23,81	16,65	3,88	3,88
RIC	0,23	6,47	12,95	3,88
DMIG	0,89		3,66	

ÁREA DELEGAADA AO CONTROLE FISCAL

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Acumulação Individual
23,81	21,86	59,37	3,88
0,23	6,47	12,95	3,88
0,89		3,66	

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

2018, Apos. Lef. Ameri. C. Cons. + Consumo (R\$) + Ims. Ind. + Cons. Pct. + Tarifa (R\$) e Nro. + Valor (R\$)

FP 58648	53377	1,00	271	8,00	0,00	218,81
----------	-------	------	-----	------	------	--------

04/07/18 05/07/18 25/07/18 271 8,00 0,00 218,81

DETALHAMENTO DO PAGAMENTO

VALOR CONSUMO DO MES	218,81
MULTA HORATORIA REF 04/2018	4,94
JUROS DO MES	3,37
CORRECAO MONETARIA DO MES	3,52
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	21,46
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 20,15)	

10/08/2018

152,10

HISTÓRICO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	30,00
Impostos	8,00
Distribuição	5,68
Encargos Sociais	2,28
Tributos (ICMS, PIS e Cofins)	2,75
TOTAL	43,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

338	271	315	265	340	322	328	370	400	345	386	311
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DEMANDEAMENTO DE SINISTROS
DRPAT
O SINISTRO NÃO É VINCULADO

17 OUT 2018

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.

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

²Conselho 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 LINDEMBERG FERREIRA AIRES inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.399.243-22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA, inscrito no CPF sob o N° 000.051.823-95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o N° 000.051.823-95, 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
TV João Cândido de Sousa		77	Casa
Barrio	Cidade	Estado	CEP
Planalto Universitário	Quixadá	CE	63.902-080
Email:	<u>lindeembergfaires@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) (88) 3412-3918	Telefone celular (DDD) 041-99100-1205

Quixadá/CE 15 Outubro
de 2018

Local e Data

17 OUT 2018

Assinatura do Declarante

Lindeemberg Ferreira Aires

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **ANTONIO ALEXSANDRO DA SILVA SOUZA** RG nº 2006015161412, data de expedição 23/10/2006, Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 042.286.943-06, com domicílio na cidade de **EUSEBIO**, no Estado do **CEARÁ**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **RUA ALMIR LOPES, 10, JABUTI**, complemento **CASA**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima **JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA**, cujo condutor era **JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA**.

Veículo: **MOTOCICLETA**

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

Ano: 2009/2009

Placa: *NOP 3375*

Chassi: 9C2KC16109R015504

Data do Acidente: 29/01/2018

Local e Data

Quixadá/CE, 01 de Outubro de 2018.

Antônio Alvesandro da Silva Paiva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO BEZERRA 1º OFÍCIO Rua das Laranjeiras, 1845 - Centro CEP: 62.047-047 - Quixeramobim-CE Pode ser feita com foto de autorizada/ida	Reconhecimento(s) firmado(s) por autenticidade de EDILSON GLEYSON 00.516.6 01/01/2018 DOU M. QUIXADA-CE Marcella Vanesa Viana Silva - Titular <input type="checkbox"/>
	01 OUT 2018 Em test.  da verdade.
CARTÓRIO BEZERRA 2º OFÍCIO Rua das Laranjeiras, 1845 - Centro CEP: 62.047-047 - Quixeramobim-CE Pode ser feita com foto de autorizada/ida	Reconhecimento(s) firmado(s) por semelhança DOU M. QUIXADA-CE Marcella Vanesa Viana Silva - Titular <input type="checkbox"/>
	01 OUT 2018 Em test.  da verdade.

17 OUT 2018

1960-05-29 8/6
1960-05-30 147
1960-05-31 8/6

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO

SUS

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 29/01/18 Horário: 13:40 N° 010-544

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Wellington de Souza

Estado Civil: Solteiro Sexo: M

Idade: 39 anos Data de Nascimento: 01/09/78

SUS:

Naturalidade: Guiné Profissão: Agricultor

Residência: Sítio Salgado Bairro:

2. Diagnóstico: Daniel de Souza

3. Procedimento:

Dr. Pontes Neto
CRM 1400
CPF 952.511-83-91
Prestador Clínico

Assinatura / Carimbo Médico

Prefeitura Municipal de Quixada
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Mat. Dr. Eudálio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 10/02/2018

Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Coordenadora de SAME

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

DPVAT

CONTROLE NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

União Seguradora S/A
Av. Dom Luís 300 - Bairro 147
Belo Horizonte - MG

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

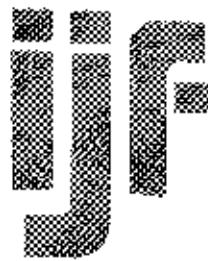
INSTITUTO DR. JOSÉ FREITAS		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Freitas CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>José Wellington da Silveira Souza</i> Endereço: <i>Salgadeiro, 1200 - Bairro: Jardim das Rosas</i> Prescrição: <i>Carbamazepina 200mg - 03cx</i> <i>01 - sp 818 h</i>		
Data: <i>30/03/18</i> INSTITUTO DR. JOSÉ FREITAS Nome: _____ Nº Ident.: _____ UF: _____ Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel.: _____		Carimbo e Assinatura do Médico  Carimbo e Assinatura do Médico Data: <i>11/1</i> Fornecedor: _____ Carimbo e Assinatura

AS-000-002 Versão 1 - 03/10/2014 0 - Via Óptica - Fortaleza AB (1490210).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BP/HC
10 323 3602 940 VERIFICADO

17 OUT 2018

União Seguradora S/A
Av. Dom José, 316 - Loja 147
Fortaleza - Ceará - CEP 60131-001



**AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA –
INSTITUTO DR. JOSE FROTA**

ENCAMINHO

AO AMBULATORIO DE MICROCIRURGIA (CIRURGIA DA MÃO) DO HUWC

**PCTE APRESENTA LESÃO COMPLETA DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO APÓS ACIDENTE.
NECESSITA AVALIAÇÃO E CONDUTA.**

CID-10: S82 + S62 + S42.9 + S54.0

FORTALEZA, 23/DE AGOSTO DE 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRPAT
LICENCIADO ENGENHEIRO
MILTON VASCONCELOS

17 OUT 2018

DR. M. C. COELHO
Av. Nossa Senhora das Graças, 167
Cidade Industrial
Fortaleza - CE

No. HOSPGESTOR: 37027

LEITO: 2113

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

DATA DE INTERNACAO: 29/01/2018

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5548075

CIDADE DE ORIGEM: QUIXADA

NASCIMENTO: 01091978

IDADE: 39

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL BSQ (CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 3. RETORNO 45 DIAS AMBULATORIAL 4. ORIENTAÇÕES GERAIS 5. OPERATORIOS: NEUROCIRURGIA 30/03/18 FISIOTERAPIA, ENMG, RM COLUNA CERVICAL, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DR FLÁVIO LEITÃO

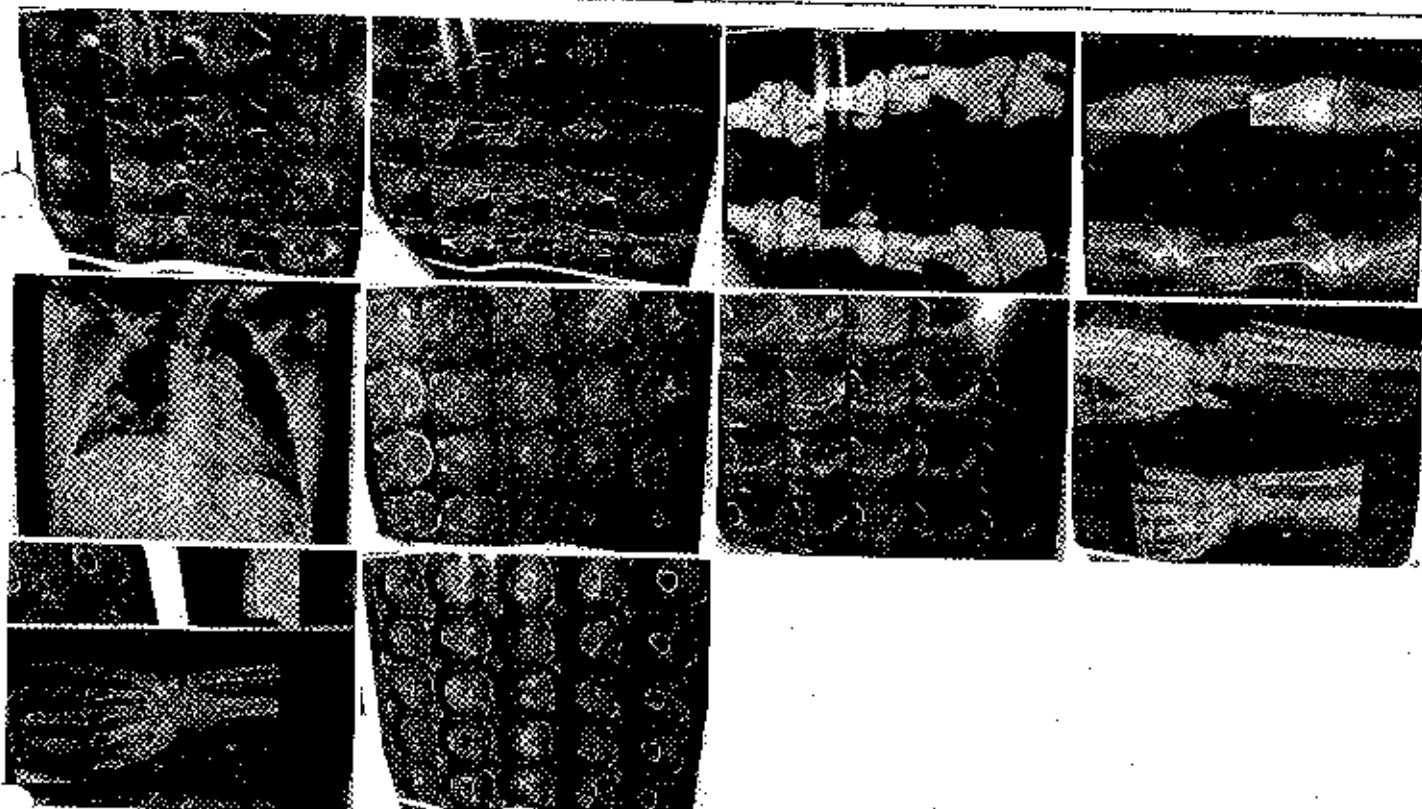
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CARLOS TAIRO



Mapa do Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da Marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	--------------------

Ass.: <i>Tairo Diogenes</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15000		Retornar dia: <i>45 Dias</i> Hora: _____ para Dr. <i>Sales</i>					
Data: <i>02/01/18</i>							
Subsídiu							

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DR. JOSÉ FROTA
DEPARTAMENTO DE VERIFICAÇÃO

17 OUT 2018

17 OUT 2018
Dr. JOSÉ FROTA
Fortaleza - Ceará



**AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA
INSTITUTO DR JOSE FROTA**

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

SOLICITO

1. Fisioterapia motora -----30 sessões

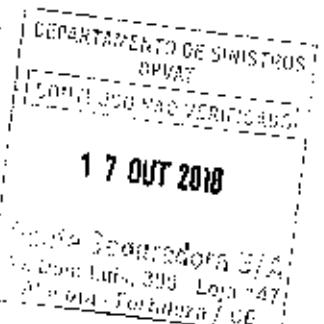
HD : FRATURA DO PLANALTO TIBIAL E + FX DO PUNHO D + FX ESCAPULA D

ANALGESIA

GANHO DE ADM

FORTALECIMENTO MUSCULAR

23/08/18





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARRA

PIANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
RODRIGO VIEIRA	214 - 574	29 - 06 - 18	

Prefeitura Municipal de Quixada Secretaria Municipal da Saúde Hospital Mat. Dr. Euclides Bezerra	
CONFERE COM O ORIGINAL	
DATA	Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAME
17 OUT 2010	

	HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A
13:50	129	70	90 X 60	
14:55	125	70	70 X 50	
15:55	125	70	15 X 60	
16:50	125	70	30 X 50	
17:45	125	70	10 X 60	

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA		
LEITO:	2113		
DATA DE INTERNACAO:	29/01/2018	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5548075	CIDADE DE ORIGEM:	QUIXADA
IDADE:	39		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. SINTOMÁTICOS 2. MANTER TIPOIA TIRACOLO PALMAR DIREITA 3. RETORNO 45 DIAS AMBULATORIAL 4. ORIENTAÇÕES GERAIS 5. NEUROCIRURGIA 30/03/18 FISIOTERAPIA, ENMG, RM COLUNA CERVICAL, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DR FLÁVIO LEITÃO		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CARLOS TAIRO		

<i>Tairo Diogenes</i> Ortopedia e Traumatologia CREFORC 15586		Ass:	Retornar dia: <u>45</u> Dias	Horas:	para Dr.
Data: <u>02/04/18</u>		Dispensa do trabalho por:			
<input type="button" value="Imprimir"/>		<u>45</u> Dias			

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIAVAT
CONTABILIZAÇÃO
17 OUT 2018

Av. Seguradora 31
Cidade: Fortaleza
CE
CEP: 60130-300 - Fone: 141-3202-1152

Relatório Médico

PACIENTE:

Jose Wellington da Silva Souza

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 29.01.18. Imediatamente depois o paciente apresentou ausência dos movimentos do braço D. Como trauma associado houve fratura de clavícula, trauma de torax. Refere dor intensa

Procurou-nos para esclarecimento diagnóstico e terapêutico

Exame Físico

PLEGIA DO MSE, com anestesia de todas as raízes do plexo braquial exceto no território de C5.

Método Complementar:

ENMG dos MMSS mostra lesão completa do plexo braquial

01 PARCAMENTO DE 5 MISTROS
02/04/17
02/04/17 02/04/17 02/04/17

CONDUTA:

Fisioterapia, encaminhamos ao especialista em dor.

17 OUT 2018

01 Seguradora S/ S
01 Lote 100 - Lote 147
01 - Fortaleza / CE

Trata-se de lesão grave e completa do plexo braquial. As lesões tratadas acima de 06 meses têm o prognóstico reservado e a chance de não recuperar os movimentos perdidos, aumentam. Por esta razão sugerimos cirurgia - microcirurgia do plexo braquial, o mais breve possível.

O PACIENTE SOLICITOU E AUTORIZOU AS INFORMAÇÕES DESSE RELATÓRIO.

Fortaleza, 26 de julho de 2018

Flávio Leitão Filho


Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgia
CRM: 6373-ROE 8026
CPF: 389.001.53.91

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA		
LEITO:	2113		
DATA DE INTERNACAO:	29 01 2018	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5548075	CIDADE DE ORIGEM:	QUIXADA
IDADE:	39		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. SINTOMÁTICOS 2. MANTER TIPOIA TIRACOLO PALMAR DIREITA 3. RETORNO 45 DIAS AMBULATORIAL 4. ORIENTAÇÕES GERAIS 5. NEUROCIRURGIA 30/03/18 FISIOTERAPIA, ENMG, RM COLUNA CERVICAL, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DR. FLÁVIO LEITÃO		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CARLOS TAIRO		

Ortopedista: <i>Alvaro Diogenes</i> CRM: <i>15586</i> Residente: <i>Ortopedia e Traumatologia</i> CRM: <i>15586</i>		Retornar dia: <i>45/08/2018</i> Horas: <i>10hs</i>	Hora: _____ para Dr.
Ass: Data: <i>01/04/18</i>	Dispensa do trabalho por: <i>45 Dias</i>		
<input type="button" value="Imprimir"/>			

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT
ESTADO DE MEXICO 2011

卷之三

2. deputados S/A
m. 200, 300 - 1000 - 47
- 200 - 500 deputados S/A



ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDA, CLAVICULA ESQUERDA, ESCAPULA DIREITA E PUNHO DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTA LESÃO COMPLETA DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO COM DEBILIDADE FUNCIONAL IMPORTANTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

AO SETOR DE PERICIAS.

CID: S82 + S62 + S42.9 + S54.0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DINAR
CORPORACAO VERSA CONSULTORES

17 OUT 2018

Av. Boa Viagem 574
Centro, 50010-047
Fone: (85) 3255-5000

23/08/18 FORTALEZA.



FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

PESSOAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL D.R. EUDÁSIO BARROS



Registro N. 763064 / 2018

Digitacao: 17/09/2018 (MEYRE.SILVA)
Livro: 67 Pagina:94

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 13 de setembro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC N°: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 910 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:35h de 13/09/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata ter sofrido acidente de motocicleta ("colisão motocicleta x carro") fato ocorrido dia 29.01.2018 por volta das 13 horas. Refere que sofreu trauma em ombro direito. Porta boletim de atendimento do Hospital Municipal Dr. Eudasio Barroso de Quixadá, datado de 29.01.2018, assinado pelo dr. Pontes Neto – CREMEC 11.400 – que diz: "Paciente vítima de acidente motociclístico com trauma contuso em região fronto-temporal direita e em região do ombro direito". Foi encaminhada para Hospital Instituto Dr. José Frota de onde trouxe atestado médico datado de 23.08.2018, assinado pelo dr. Guilherme Patrício – CREMEC ilegível – que diz: "O paciente supracitado está em acompanhamento no ambulatório de traumatologia do IJF por fratura do planalto tibial esquerda, clavícula esquerda, escápula direita e punho direito. Submetido a tratamento conservador. Apresenta fratura consolidada. Apresenta lesão completa do plexo braquial direito com debilidade funcional importante do membro superior direito." Paciente relata que ainda segue em tratamento fisioterápico. Ao exame físico observa-se atrofia importante e perda completa da mobilidade do membro superior direito.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

SIM;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

PERDA FUNCIONAL COMPLETA PERMANENTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. PERDA FUNCIONAL MENSURADA EM 70% NA CONFORMIDADE DO ART. 3º OU DO ANEXO DA LEI 6194/74.

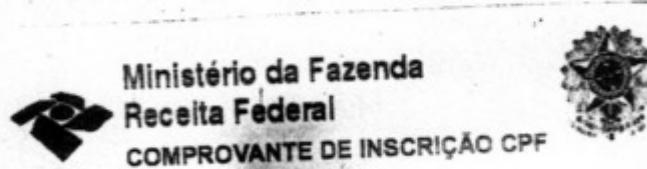
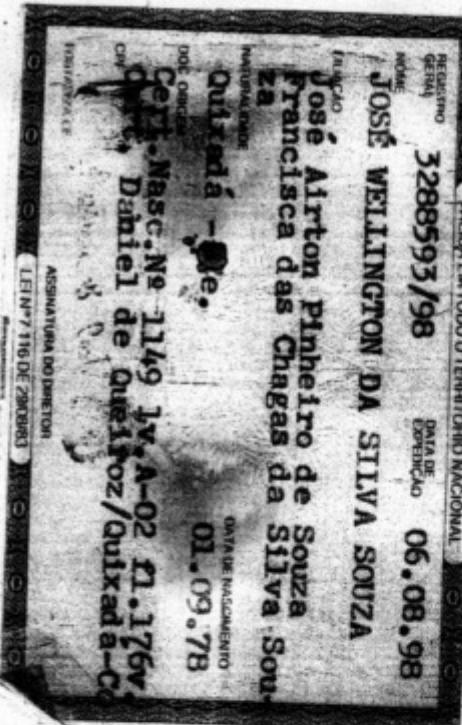
Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC N°: 13793



05 DEZ 2018

3/A
Luis, JUJ - Loja 147
Forteza / CE



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
000.051.823-95

Nome
JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Nascimento
01/09/1978

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 OUT 2018

Seguradora S/A
Av. Lins, 300 - Loja 147
Fortaleza / CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: LINDENBERG FERREIRA AIRES

DOC. EMISSOR / DATA EMISSÃO /
2006026007408 ESP/CE

CPF: 037.399.243-22 DATA Nascimento: 08/04/1988

PAIS: FRANCISCO FERREIRA
FILHO: MARIA MARLENE FERREIRA
AIRES

PERMISSÃO: ACC / CATEGORIA: AB

Nº RENAVAM: 04956301603 VERSÃO: 21/10/2013 N.º HABILITAÇÃO: 17/05/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1004829623

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Lindenbergo Ferreira Aires
Assinatura do Portador

LOCAL: QUIXADÁ, CE DATA EMISSÃO: 31/10/2014
56661324535
CR144302594
Assinatura do Oficial

DETRAN CE (CEARA)

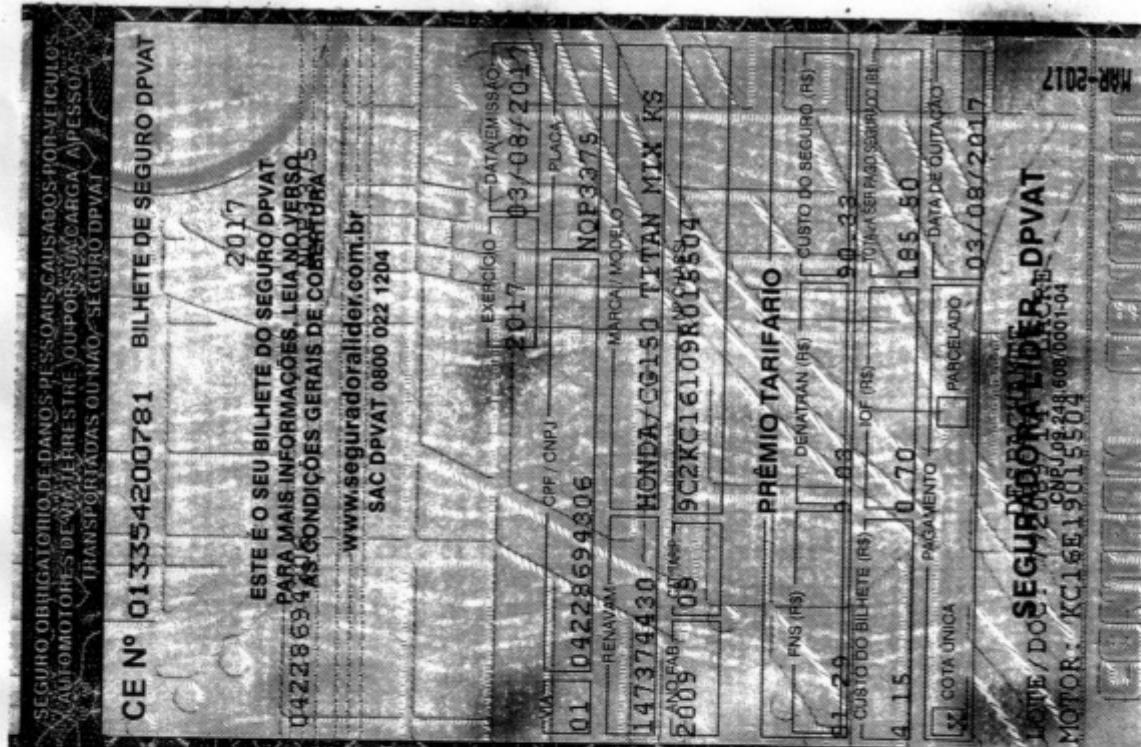
1004829623

TIJUCA PLASTIFCAR

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Genie Seguradora S/A
Av. Dom Lino, 300 - Centro
Aldeota - Fortaleza



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

Trófeo Seguradora S/A
Av. Dom Lemos, 300 - Loja 147
Fortaleza - Ceará

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180488662

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): FZ SALGADO, 1 - Choró/CE - CEP 63950-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 328859398 - SSP-Ce

Data e Local do Acidente : 29/01/2018 - Rua Triangulo da Varjota

Data e Local do Exame : 12/12/2018 COT - RUA GUILHERME ROCHA, 1201 - FORTALEZA/CE - CEP 60030-141

Resultado da Avaliação Médica

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

Membro inferior esquerdo (fratura plato tibialproximal de tibia esquerda)

Membro superior direito (fratura clavícula direita, lesão de plexo braquial direito e fratura distal de antebraço direito)

Ombro

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

TRatado conservadoramente de lesão do plexo braquial, e fratura d plato tibial, punho direito e clavícula direita. 60 sessões de fisioterapia, e alta médica em outubro de 2018..

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

Lesão de plexo braquial direito, com deficit motor, bloqueio de 30% dorsoflexão do pé esquerdo e na inversão e eversão do tornozelo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

Dano membro superior direito por lesão de plexo braquial.

Dano membro inferior esquerdo por rigidez articular.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro inferior esquerdo

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

Membro superior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

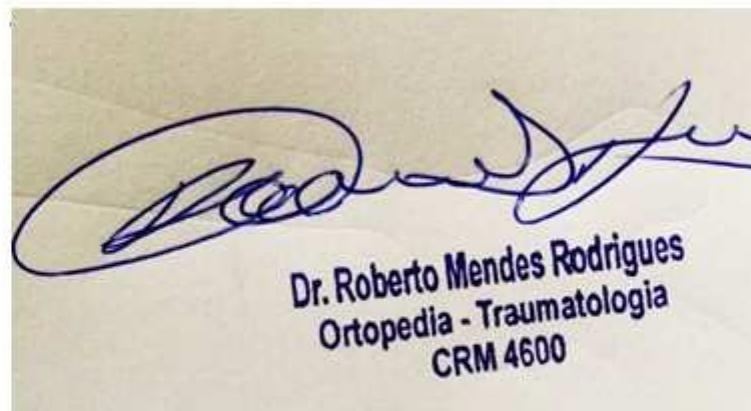
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



ROBERTO MENDES RODRIGUES CRM : 4600 / UF :CE



Registro N. 763064 / 2018

Digitacao: 17/09/2018 (MEYRE.SILVA)
Livro: 67 Pagina:94

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 13 de setembro de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC N°: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 910 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:35h de 13/09/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata ter sofrido acidente de motocicleta ("colisão motocicleta x carro") fato ocorrido dia 29.01.2018 por volta das 13 horas. Refere que sofreu trauma em ombro direito. Porta boletim de atendimento do Hospital Municipal Dr. Eudasio Barroso de Quixadá, datado de 29.01.2018, assinado pelo dr. Pontes Neto – CREMEC 11.400 – que diz: "Paciente vítima de acidente motociclístico com trauma contuso em região fronto-temporal direita e em região do ombro direito". Foi encaminhada para Hospital Instituto Dr. José Frota de onde trouxe atestado médico datado de 23.08.2018, assinado pelo dr. Guilherme Patrício – CREMEC ilegível – que diz: "O paciente supracitado está em acompanhamento no ambulatório de traumatologia do IJF por fratura do planalto tibial esquerda, clavícula esquerda, escápula direita e punho direito. Submetido a tratamento conservador. Apresenta fratura consolidada. Apresenta lesão completa do plexo braquial direito com debilidade funcional importante do membro superior direito." Paciente relata que ainda segue em tratamento fisioterápico. Ao exame físico observa-se atrofia importante e perda completa da mobilidade do membro superior direito.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

SIM;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

PERDA FUNCIONAL COMPLETA PERMANENTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. PERDA FUNCIONAL MENSURADA EM 70% NA CONFORMIDADE DO ART. 3º OU DO ANEXO DA LEI 6194/74.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC N°: 13793



05 DEZ 2018

3/A
Luis, JUJ - Loja 147
Forteza / CE



CARTÓRIO BEZERRA

CNPJ/MF 23.445.034/0001-95

Quixadá - CE - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA

Tabelaria e Registradora

EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA

MARIA GLÁUCIA CUNHA DE OLIVEIRA

Substituto

Advogado Substituto

17 OUT 2018

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, NOTAS, DISTRIBUIÇÃO, PROTESTOS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA como OUTORGANTE e LINDEMBERG FERREIRA AIRES como OUTORGADO.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 04 dia(s) do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Substituto compareceu como OUTORGANTE JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Identidade RG: 3288593-98 SSPDS-CE e CPF: 000.051.823-95, residente e domiciliado na localidade de Vila Salgado, Zona Rural, Daniel de Queiroz, Quixadá - CE, reconhecido como o próprio por mim Notário Substituto pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como PROCURADOR LINDEMBERG FERREIRA AIRES, brasileiro, casado, empresário, portador da CNH: 04966301003 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 2004024007408 SSPDS-CE e CPF: 037.399.243-22, residente e domiciliado na Travessa João Cândido de Sousa, 77, Planalto Universitário, Quixadá - CE, a quem concede PODERES amplos, gerais e ilimitados especialmente para praticar os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para recebimento, preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento crédito/indenização do seguro DPVAT, comprovante de residência, laudo médico, declaração de único herdeiro, declaração de ausência do Instituto Médico Legal - IML, podendo solicitar devolução e cancelamento de sinistro em qualquer Seguradora e assinar toda e qualquer documentação necessária, constituir advogados com a cláusula "ad iudicia", para propor contra quem de direito as ações competentes, defendendo-o(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, interpondo os recursos cabíveis, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordo, substabelecendo esta em outrem, com ou sem reserva de poderes. O que tudo dará(ão) por bom, firme e valioso, como se por ele(a) (s) próprio (a) (s) fora feito.. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Dispensado o comparecimento de testemunhas a este ato, conforme faculta o Art. 215, § 5º do Código Civil Brasileiro As: a rogo pelo outorgante, por ser analfabeto, FRANCISCO EDUILIO DA SILVA SOUZA, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Eu EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA, Notário Substituto, subscrevo

assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade.
Dou fé. Quixadá, 04 de outubro de 2018. Está conforme o original.
Trasladada hoje.


EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA
Notário Substituto



CARTÓRIO BEZERRA, 1º OFICIO
Maria da Vassoura Viana Silva - TRIBUNAL
Eduardo Tercio Viana Bezerra - Notário Substituto

DEPARTAMENTO DE SAIAS (805)
04/10/2018
2018-04-04 10:00:00
17 OUT 2018

17 OUT 2018
Carteira Registradora 2181
Número: 100 - Leia 100
Carteira 175
Carteira 175

TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE	
EMOLIMENTOS	37,21
ISS	1,48
PERÍCIA	4,09
Selo	1,89
FAADEP	1,45
FRIMP	1,03
INPEMSE	4,00
TOTAL	\$48,64
SL	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03845

CONTA: 000000012177-5

Nr. da Autenticação 62F5F231635FBEBA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06645-1

CONTA: 00001001613-4

Nr. Autenticação

BRADESCO04032015050000000002370664500001001613708750 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00452-9

CONTA: 00000344320-5

Nr. Autenticação

BRADESCO14042015050000000002370045200000344320236250 PAGO