

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 médico pericial: Limitação de 30% nos movimentos de dorso flexão do pé esquerdo e nos movimentos de inversão e eversão do 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 sequela

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

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:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378560/18

Vítima: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

CPF: 000.051.823-95

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

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

LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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, DESCRREVENDO 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 %	R\$ 0,00

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 médico-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

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: LINDEMBERG FERREIRA AIRES
CPF: 037.399.243-22

LINDEMBERG FERREIRA AIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

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

Carta nº 13491295



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 médico-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

Carta nº 13663097



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

Carta nº 13683040



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: (0**88) 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:

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, 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 EDUILIO DA SILVA SOUZA**, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Traslada hoje. Eu, **Eduardo Tércio Viana Bezerra**, Substituto Administrador, a fiz digitar e conferir. (Ass:) **Lindemberg Ferreira Aires**, **Antonia Neila Pinto Aires**, **Francisco Edúlio 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 Tércio Viana Bezerra

Substituto

TRIBUNAL DE JUSTIÇA TJ-CE	
Emolumentos	71,20
PERMOJU	4,15
Selo	9,67
FAADEP	3,36
FRMMP	3,36
ISS	3,36
TOTAL	78,22
Selo:	



17 OUT 2018

Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SAÍDOS
JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA
AGÊNCIA 1593 CONTA 9512677 0

14:35 HRS
02/OUT/2018

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE

-----AGOSTO/2018-----

DIA	HISTÓRICO	N. DOCTO	VALOR
06	SALDO ANTERIOR		
15	TARIFA BANCARIA 0100818		
	VR. PARCIAL CESTA B. EXPRESSO1		
	S A L D O		

-----SETEMBRO/2018-----

04	CREDITO DO INSS 0021593		
	PARC CRED PESS 7000247		
	CONTR 330231778 PARC 013/060		
	PARC CRED PESS 7000247		
	CONTR 324494726 PARC 016/060		
	PARC CRED PESS 7000247		
	CONTR 308081311 PARC 023/060		
	TARIFA BANCARIA 0100818		
	CESTA B. EXPRESSO1		
	APL. INVEST FAC 8704925		
	S A L D O		
05	PESS INVEST FAC 8704925		
	SAQUE C/C BOM 8846369		
	Ag01593mag098846saq0456205090947		
	S A L D O		
06	PESS INVEST FAC 8704925		
	SAQUE CARLAC CR 1592:25		
	ESPECIE		
	S A L D O		
14	TARIFA BANCARIA 0110918		
	VR. PARCIAL CESTA B. EXPRESSO1		
	S A L D O		

-----OUTUBRO/2018-----

02	CREDITO DO INSS 0021593		
	PARC CRED PESS 0255602		
	TARIFA BANCARIA 0110918		
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	SALDO TOTAL		

CONSULTA DE SAÍDOS
CONT.
17 OUT 2018
Saqueadora S/A
Saqueadora S/A
Saqueadora S/A



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



Impresso nº 2018123160

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2668 / 2018

419779
OASL-0348560/18

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
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:

318048862

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA**
Nascimento: **01/09/1978** CPF:
RG: **328859398** Órgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA SOUSA**
JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA
Endereço: **VIA SALGADO**
Bairro: **ZONA RURAL DANIEL DE QUEIROZ**
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
UF: **CE**

17 OUT 2018

Seguradora S/A
CEP: 61060-300 - Loja: 147
Rua Tica, 147 - Quixada, CE

Telefone: **(88) 98822-5748**

Histórico

Que no dia e hora acima citados conduzia a 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 Topick que faz o trajeto para a cidade de Choró; Que o declarante informa que com o impacto foi levado para o Hospital Eudázio 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 Enéas de Lima, n.º 1845, Centro, Fone/Fax: (0**88) 3412-0491 - Cep: 63900-231

e-Mail: cart.bezerra@gmail.com / WebSite: www.cartoriobezerra.blogspot.com

MARLEIRA VANUZA VIANA SILVA

TABEIA

EDUARDO TERCIO 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:

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, Tabeia, 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 EDULIO DA SILVA SOUZA**, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Traslada 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 Viana Bezerra
Substituto



TRIBUNAL DE JUSTIÇA TJ-CE	
Emolumentos	71,20
FERMOU	4,15
Selo	9,67
FAADRP	3,56
FRAMP	3,56
ISS	3,56
TOTAL	79,22
Selo:	

17 OUT 2018



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 29/01/18 Horário: 18:40 Nº 212-574

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Wellington da Silva Sousa

Estado Civil: solteiro Sexo: M

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

SUS: _____

Naturalidade: Quixadá Profissão: agricultor

Residência: Sítio Salgado Bairro: _____

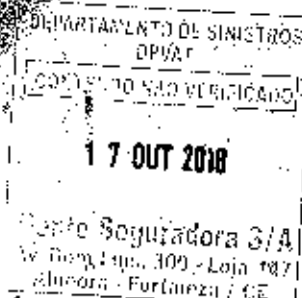
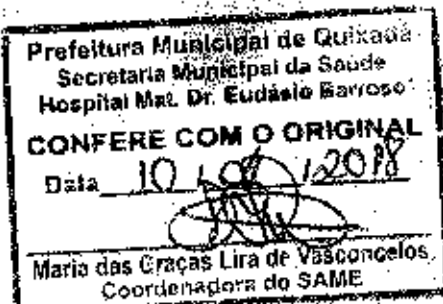
2. Diagnóstico: Doença de Chagas

3. Procedimento:

*Exame físico do paciente
motricidade e tônus preservados em
membros superiores e inferiores
do membro superior*

Dr. Pontes Neto
CRM 1440
CPF 952.517.83-91
Diretor Clínico

Assinatura / Carimbo Médico



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, n.º 1845, Centro. Fone/Fax: (0**88) 3412-0491 - Cep: 63900-231
e-Mail: cart.bezerra@gmail.com / WebSite: www.cartoriobezerra.blogspot.com

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA

TABEILHÃ

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 :

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 assinou, 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. Traslada 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 Tércio Viana Bezerra
Substituto

TRIBUNAL DE JUSTIÇA TJ-CE	
Emolumentos	71,20
FERMOJU	4,15
Selo	9,67
FAADEP	3,56
PRMMP	3,56
JSS	3,56
TOTAL	78,22
Selo:	



17 OUT 2018

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - SISAR

INTEGRADO DE SANEAMENTO S.A.
RUA JOSE JUCA, 270 - CENTRO

QUIXADA - CE - CEP: 63.600-085

C.N.P.J.: 04.715.088/0001-89 - Fone: (88) 3412-0763

CONTA D'AGUA

FOLHA: 1/3

ASSOCIATION

ASSOCIACAO COMUNITARIA DE CROA GRANDE

INSERÇÃO	CLS	TAB	ECONOMIA
----------	-----	-----	----------

0017785.7

JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA

CROB GRANDE, 63

CRCN GRANDE

CUIXAC

ENDEREÇO DE ENTREGA

REF: 63.203-500

LOCALIZAÇÃO

30.13.13.0000000000

LOCALIZAÇÃO

CONTAS DE DESPESAS				SERVIÇOS E TARIFAS	
MES	PAT	CONS	CCC	DC	VALOR
MAR/18	10	330	30	10	11,50
ABR/18	11	003	031	11	0,47
MAR/18	10	000	028	10	0,50
FEV/18	11	000	033	11	0,10
JAN/18	10	330	029	10	1,00
DEZ/17	10	000	030	10	
NOV/17	15	000	000	15	
MÉDIA					00011

HIDROMETRIA										
HIDROMETRO	INSTALACAO	LEI. CONT.	DT. LEITURA	LEI. CONT.	DT. LEITURA	CONSUMO	DIAS	CONSUMO	OCO.	LEITURIST.
2148524611	++/++/++	30457	12/04/10	30457	05/05/10	0010	33	000		000

OBJETIVOS		PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA				
Reservatório		Reservatório 2974 de 21/2/2011 - Valores máximos permitidos				
Parâmetros		Temperatura	pH	Condutividade	Cor	Resíduo
Padrão		0 a 30 °C	6,5 a 8,5	0 a 500 µS/cm	15 UI	5 mg/L
Obtidos		21,0	7,2	150	10	1,5
Cód. Analise		2974-2011-01				

Prezado usuário, informamos que conforme acordado em assembleia geral ordinária realizada no dia 14 de Março de 2018 a tarifa foi reajustada em 6,5% a ser cobrada a partir do mês de Abril. Tel: (88) 3412-0763 / (88) 9.9982-0208 / (88) 9.9207-2998

WhatsApp: (88) 9.9954-4116. site: www.sisarquixada.com.br

MULTA: 20,00 0,51 ENCARGOS DIÁRIOS 0,03% 0,01% 2000 0,01%

VENCIMENTO 10/06/2018

VALOR R\$	25,72
-----------	-------

CONSUMIDOR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - SISAR

NOME: JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUSA
END: CROA GRANDE, 837 - CROA GRANDE

INSCRIÇÃO: 00177857 MÊS FANT: MAI/2018

0017785.05.18.180082213

B26000000000.8 25721247001.3 77850518180.1 08221300002.7

5543

W&D MAGAZINE

ALTERNATIVAS NO VERSO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

RECEIVED VERIFIED

17 JUL 2018

1. Supervisors 100
 2. Supervisors 100
 3. Supervisors 100

6376032-0

Para a Tarifa Social de Energia Elétrica, o cliente não é obrigado a pagar o valor da tarifa social.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.833 de 28 de abril de 2003.

Compendio Resolvidor do Consumidor.

Rua Pastor Valdevino, 180

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 02.043.251/0005-70 | GDF 03.103.246-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 21 DEBILITADO

531847802

Rota 02 28000 05 056500 - 4

Data de Emissão 04/07/2018

Nome LINDENBERG FERREIRA AIRES

End. Postal TR JOAO CANDIDO SOUSA 00077

Medidor 1402934

Fator 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 037399243-22 CQF

Nome do Responsável

DATA DE QUANTIDADE DO FORNECIMENTO

Visto a expirar em 04/07/2018.

Deposito 00000000

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

Mês 04/2018 04/07/2018 03/08/2018

10/08/2018

152,10

COMPARAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

FUNÇÃO DE CONSUMO (Mês 04/2018)

Consumo 30,00

Preço unitário 0,50

Distribuição 0,50

Encargos Setoriais 0,50

Tributos (ICMS e IPTU) 0,50

TOTAL 32,00

338	271	315	245	340	370	367	400	345	345	311
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

GABINETE DO SUPERVISOR

17 OUT 2018

Nome do Segurado

Nome do Beneficiário

Nome do Corretor

Nº DO CLIENTE

3277123-1

Para apagar sua fatura, entre em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041251/0001-70 | CCF 08.105.848-3

enel

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

529306853

Rota 31 28063 20 015000 - 2 Data de Emissão 15/06/2018

Nome FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA SOUZA

End. Postal FZ SALGADO 00001

DISTRITO SERROTE BRANDO - CHORO LIAO - 63950000

Medidor 14184715 Poste 0000 A10E

Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 796595943-72 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 16/07/2018
Data da Apresentação 16/07/2018
Previsão Próxima Leitura 16/07/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 0,00% (PCH)

Mês 0,00% (PCH)

ELSD 14,18

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO								
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL								
4430.6508.BCE4.CB09.5F04.2749.5554.20F1								
DIC	10,50	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00		
FIC	7,52	15,04	30,08	1,00	0,00	0,00		
DMIC	5,68			0,00				

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9513	9423	1,00	90	0,00	90	0,30910	27,82
15/06/18	15/06/18		01 0148		90		27,82

VALOR CONSUMO DO MES	35,02
MULTA MORATORIA REF 03/2018	0,52
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-35,54
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,75)	

VENCIMENTO 23/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,40
Transmissão	1,50
Distribuição	1,00
Encargos Setoriais	2,00
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,36
TOTAL	25,26

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

00	90	90	90	75	91	98	89	87	89	105	87	96
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
35,14	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorrelieve. A reclamação a reclamação da distribuidora anela pode ser feita pelo site ou presencialmente no custo administrativo de Inspeção (art. 175 c/c art. 130 e Resol. 414/2010 - Anel).

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

NÃO FOI POSSÍVEL COLETA DE LEITURA POR: FMT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Consta desta fatura R\$ 1,36 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78%
(Lei n.º 9.990, de 10.09.2000 - ANEXO e Lei n.º 10.637/02 e 10.638/03)

Estamos em Bandeira Vermelha rotativo 2 em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 3277123-1 Referência: Jun/2018
Data de Emissão: 15/06/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 529306853 Nº de Controle: 0003277123 00135 39552 37

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE



Seguradora
LÍDER
Adesão à Lei do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 **LINDEMBERG FERREIRA AIRES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **037.399.243-22**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**, inscrito no CPF sob o Nº **000.051.823-95**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vitima **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **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 TV João Cândido de Sousa		Número 77	Complemento Casa
Bairro Planalto Universitário	Cidade Quixadá	Estado CE	CEP 63.902-080
Email lindembergfares@hotmail.com		Telefone comercial (DDD) (88) 3412-3918	Telefone celular (DDD) DEPARTAMENTO DE CONTAS DPVAT

Quixadá/CE 15 Outubro
de 2018

Local e Data

Lindemberg Ferreira Aires

Assinatura do Declarante

17 OUT 2018

Seguradora
Líder
Rua... 300...
Quixadá - Ceará

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 **CEARA**, 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 **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**, cujo condutor era **JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA**.

Veículo: **MOTOCICLETA**

Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX KS**

Ano: **2009/2009**

Placa: **NQP 3375**

Chassi: **9C2KC16109R015504**

Data do Acidente: **29/01/2018**

Local e Data

Quixadá/CE, 01 de Outubro de 2018.

Antonio Alexsandro da Silva Souza
Assinatura do Declarante


Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO BEZERRA - 1º OFÍCIO
Rua Feo. Ezequias de Lima, 1845 - Centro
Cidade: Quixadá - CE
CEP: 3412-000 - Quixadá - CE


Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de
ANTONIO ALEXSANDRO DA SILVA SOUZA
CPF nº **042.286.943-06**
Dom. de, QUIXADÁ-CE
Mantendo Vantagem Viana Silva - Titular ☐

01 OUT 2018

Em test.  da verdade.

Reconheço a(s) firma(s) por semelhança de
ANTONIO ALEXSANDRO DA SILVA SOUZA
CPF nº **042.286.943-06**
Dom. de, QUIXADÁ-CE
Mantendo Vantagem Viana Silva - Titular ☐

01 OUT 2018

Em test.  da verdade.

Edson de Almeida Bezerra - Subst. Adm.
Mantendo Vantagem Viana Silva - Substituta
Tribunal Superior Eleitoral - ESE - Autorizado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPRAT. 11-2
CARTÓRIO BEZERRA - 1º OFÍCIO

17 OUT 2018

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

Data: 29/01/18 Horário: 13:40 Nº 010-574

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Wellington da Silva Sousa

Estado Civil: solteiro Sexo: M

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

SUS: _____

Naturalidade: Quixadá Profissão: agricultor

Residência: Sítio Salgado Bairro: _____

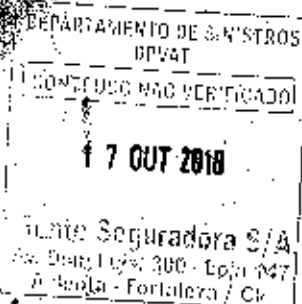
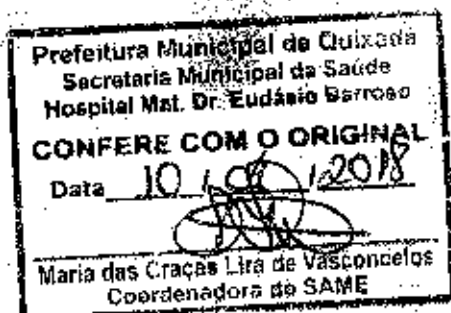
2. Diagnóstico: Doença de Chagas

3. Procedimento:

*Exame físico de emergência
motricidade e tônus preservados em
região fronte temporal e região
do ombro*

Dr. Pontes Neto
CRM 11400
CPF 952.511.83-91
Diretor Clínico

Assinatura / Carimbo Médico



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Prota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <u>Jose Wellington da Silva Souza</u>			
Endereço: <u>Silvia, 2000, 2º andar, Praia de Faro</u>			
Prescrição: <u>Carbamazepina 200mg 03 ca</u> <u>ou 818h</u>			
Data: <u>03/18</u>		Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		ESPECIFICAÇÃO	
Nome:		Data: <u>1/1</u>	
Nº Ident.:		Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPUSF
17 OUT 2018
Vida Seguradora S/A
Av. São Paulo, 315 - Loja 107
Praia de Faro - Fortaleza - CE



AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA – INSTITUTO DR. JOSE FROTA

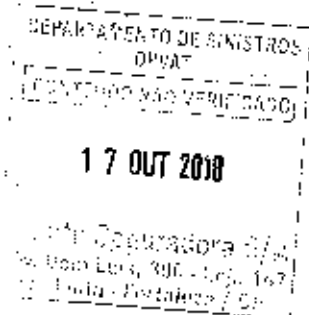
ENCAMINHO

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



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 ESQ (CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS- 1. SINTOMÁTICOS 2. MANTER TIPOIA TIRACOLO PALMAR DIREITA
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

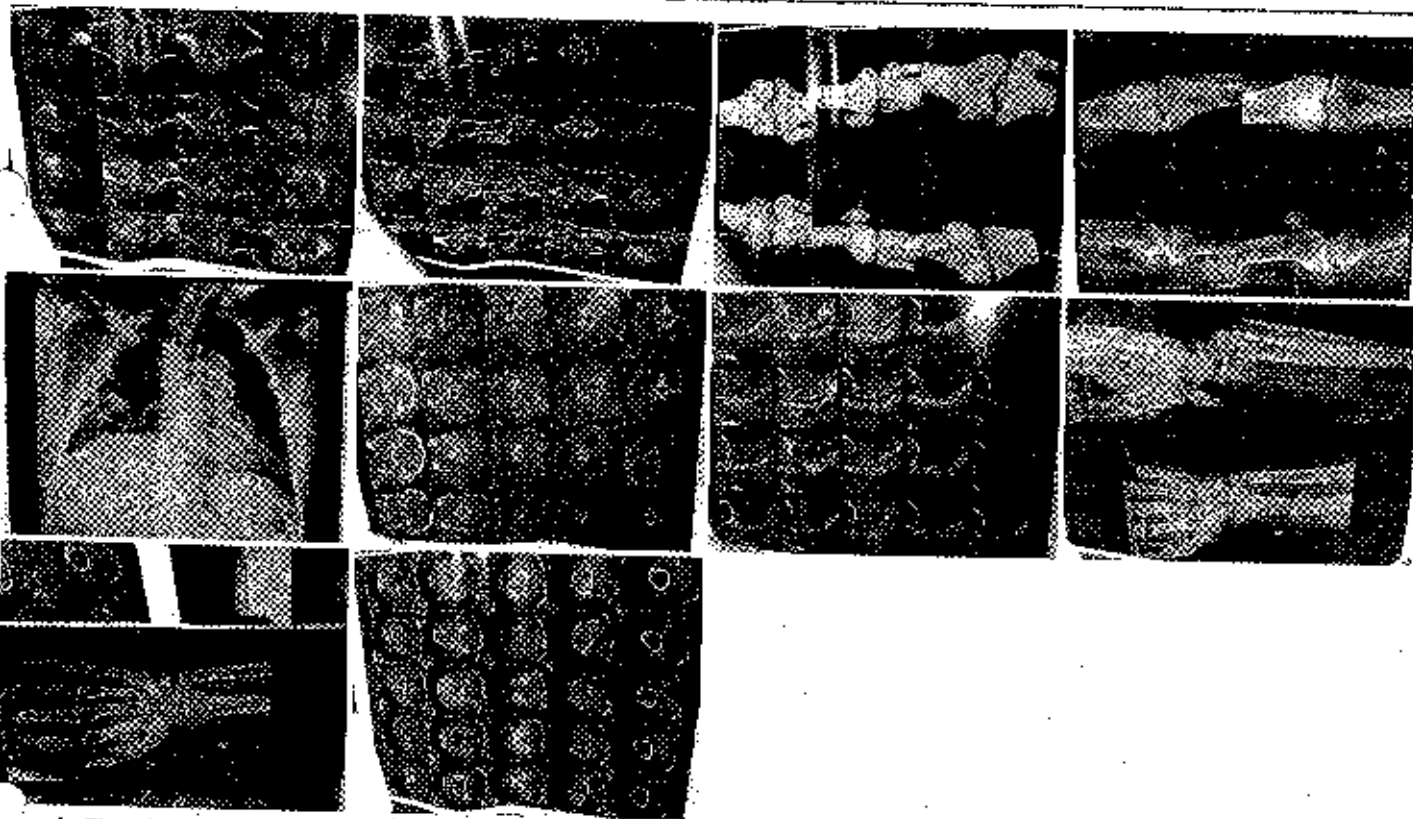
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CARLOS TAIRO



Mapa do Cirurgias

Dias Inf.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da manutenção
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	----------------------

<p>Tairo Diogenes Médico Residente Ortopedia/Traumatologia CREMEC 15500</p> <p>Ass.: _____</p> <p>Data: 02/01/18</p> <p>Impressão: _____</p>	<p>Retornar dia: 45 Dias Hora: _____ para Dr. Sales</p>
---	---

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BOMAS
17 OUT 2018
Segurança
Rua... 300 - 10º
Assinatura: Potifera



**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 BARROSO



PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
Jose Vellynton da Silva Sousa	212.574		29-01-18

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. SRI 100mg PO 500mg	500 500 500 500	Paciente com melhora nos sintomas de dor abdominal, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de estado geral.
2. Omeprazol 20mg PO	AT	Tratado com omeprazol 20mg PO, sem alteração de estado geral.
3. SRI 100mg PO 500mg	500 500	Tratado com omeprazol 20mg PO, sem alteração de estado geral.
4. Dexametasona 4mg PO	AT	Tratado com dexametasona 4mg PO, sem alteração de estado geral.
5. Clonidina 9mg PO	AT	Tratado com clonidina 9mg PO, sem alteração de estado geral.

Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 10/01/2018
Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Coordenadora do SAME

HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
18:30	129 mg/dl	-	90x60
19:30	-	-	70x50
20:30	-	-	70x60
21:30	132	-	80x50
22:30	-	-	70x60

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		

<p>Tairo Diogenes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMOC 15586</p>		<p>Retornar dia: <u>15/02/18</u> Hora: _____ para Dr. _____</p>
<p>Ass: _____</p>	<p>Data: <u>02/02/18</u></p>	<p>Dispensa do trabalho por: <u>45 dias</u></p>
<p>Imprimir</p>		

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 diagnostico e terapeutico.

Exame Fisico

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

Metodo Complementar:

ENMG dos MMSS mostra lesao completa do plexo braquial

CONDUCTA:

Fisioterapia, encaminhamos ao especialista em dor.

Trata-se de lesão grave e completa do plexo braquial. As lesões tratadas acima de 06 meses têm o prognostico 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

Flavio Leitão Filho



Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgia
CRM 6373-RQE 8025
CPF: 389.001.733-91

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
COVAT

17 OUT 2018

Seguradora S/ S
av. Lopo, 100 - Loja 147
06 - Fortaleza / CE

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 TAIRÓ		

<p>Tairo Diogenes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15586</p>		Retornar dia: <u>45 Dias</u> Hora: _____ para Dr. _____
Ass: _____		
Data: <u>02/04/18</u>	Dispensa do trabalho por: <u>45 dias</u>	
Imprimir		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UPVAT
CNPJ 07.093.888/0001-90
1.7 OUT 2018
Registadora S/A
Rua 200 - Sala 47
Bairro: Fortaleza - CE



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.

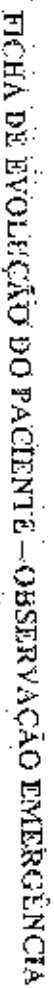
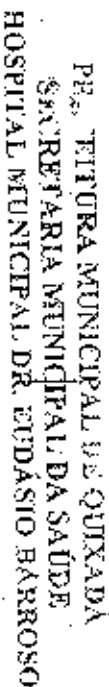
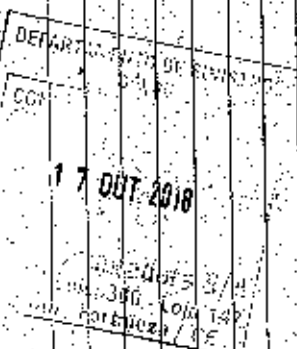
CID: S82 + S62 + S42.9 + S54.0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CARTÃO DE VERIFICAÇÃO]

17 OUT 2018

Seguradora S/A
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - Fortaleza
CEP 60.025-061 - Fone: 3255 5000

23/08/18 FORTALEZA.

[illegible]



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 Nº: 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 motociclistico 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 nexos 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.

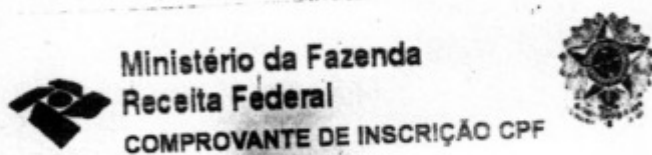
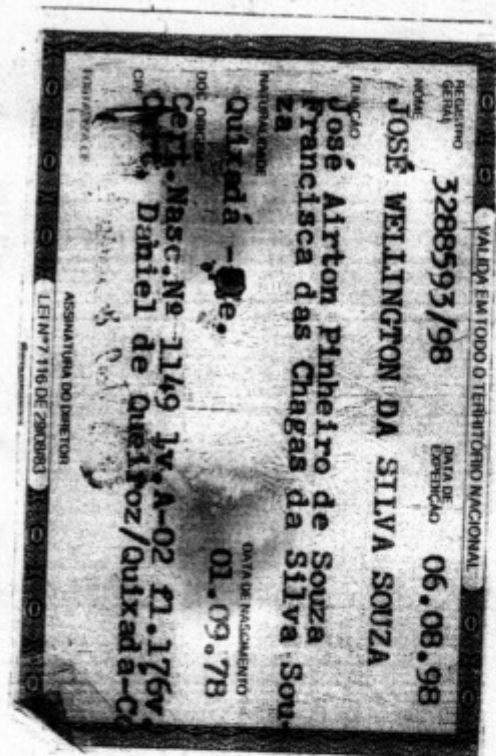
SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO
CREMEC Nº: 13793



17/9/2018 9:55

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO:00236030388



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
000.051.823-95

Nome
JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Nascimento
01/09/1978



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

NOME: **LINDENBERG FERREIRA AIRES**

DOCUMENTOS / CATEGORIA: **2004024007408 SSPCS CE**

CPF: **037.399.243-22** DATA NASCIMENTO: **08/04/1988**

FUNÇÃO: **FRANCISCO FERREIRA FILHO**
MARIA MARLENE FERREIRA AIRES

NÚMERO: **04966301003** VALIDADE: **21/10/2013** 1ª HABILITAÇÃO: **17/06/2010**

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: *Lindemberg Ferreira Aires*

LOCAL: **QUIXADA, CE** DATA EMISSÃO: **31/10/2014**

Assinatura do Emissor: *10-V-2/1* 56661324535
 00144302594

DETRAN CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1004829623

PASSAGEM PLASTIFICAR
 1004829623

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Ltr. 300 - Lda. 127
 Aldeota - Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 013354200781
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 147374430 0000000000 2017

ANTONIO ALEXSANDRO DA SILVA SOUZA

QUIXADA/CE

04228694306 NQP3375

9C2K016109R015504

PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC

GASOL/ALCO

2009 2009

HONDA/CG150 TITAN MIX KS

2P/DCVX149CC

VERMELHA

VENO/COTAS

1º *****

2º *****

3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 03/08/2017

DOCUMENTO DE PORTA DEBENTORIO

NAO VALIDO PARA ISN

LOCAL QUIXADA

DATA 03/08/2017

Assinatura do titular

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

Assinatura do representante

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DEWY LIBRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 013354200781 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO 04228694306 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 03/08/2017

PLACA NQP3375

RENAVAM 04228694306

CPF/CNPJ

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS

9C2K016109R015504

2009 09

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 180.65

DEMATRAN (R\$) 5.85

CUSTO DO SEGURO (R\$) 186.50

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.70

TOTAL SERVIDO SEGURO (R\$) 190.65

DATA DE QUITAÇÃO 03/08/2017

PAGAMENTO PARCELADO

COTA ÚNICA

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

MAR-2017

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 OUT 2018

Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 310 - Loja 147
Aldeia - Fortaleza / CE

**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 medica 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às 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

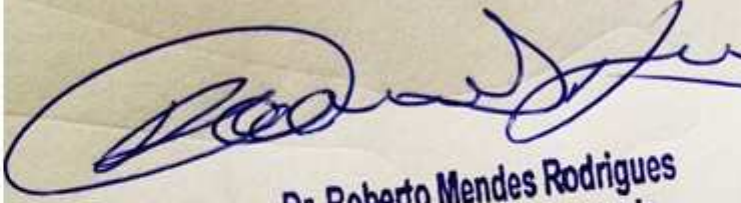
Região Corporal

% 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.



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

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 Nº: 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 motociclistico 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 nexos 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 Nº: 13793



17/9/2018 9:55

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO:00236030388

**CARTÓRIO BEZERRA**

CNPJ/MF 23.445.034/0001-95

Quixadá - CE - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA

Tabelião e Registradora

EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA**MARIA GLÁUCIA CUNHA DE OLIVEIRA**

Substitutos

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 Candido 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 judicium", 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

Rua Francisco Enéas de Lima, 1845, Centro - Quixadá - Ceará - Fone: 33 3412-0491 / E-MAIL:

cart.bezerra@gmail.com

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

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


EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA
Notário Substituto



CARTÓRIO BEZERRA, 1º OFFICII
Maria da Viana Viana Silva - Titulo 10
Eduardo Tercio Viana Bezerra - Substituto (Vice)



TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE	
EMOLUMENTOS	37,21
ISS	1,48
PERMODO	4,08
Selo	7,89
FAADEP	1,85
FRMP	1,68
Despesa	6,00
TOTAL (Inclusivo)	54,88
Out	

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

BRABESCO

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: 000001001613-4

Nr. Autenticação

BRABESCO0403201505000000000023706645000001001613708750 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: 000000344320-5

Nr. Autenticação

BRABCO1404201505000000000023700452000000344320236250 PAGO