

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1496822800

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496822800

INTERPRINT LTDA

FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20072822710 SSP CE

CPF
 052.543.323-60

DATA NASCIMENTO
 21/04/1993

FILIAÇÃO
 FRANCISCO ALBERTO VIDAL
 CLARA CAMPOS DE FIGUEIREDO

PERMISSÃO
 ACC
 CATHAB AB

Nº REGISTRO
 06686698818

VALIDADE
 14/03/2021

1ª HABILITAÇÃO
 18/08/2016

OBSERVAÇÕES
 A ;

Francierica Alberto de S. Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 22/08/2017

Igor Vasconcelos Ponte
 IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR
 81260150471
 CE161019048

CEARÁ

7225261

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848.3

fls. 13

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 005895947

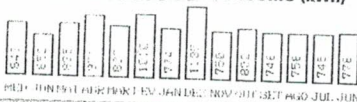
Rota JD5.29R51 Referência 07/2019
Nome FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTO
Endereço ST LAGOA DO ALTO, 00115, BOM SUCESSO, 63290-000,
JARDIM
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária B2 RURAL
Ligação Monofásico

Emissão 18/07/2019
Medidor 6427484-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

F736.1657.6175.F511.0040.C00E.F1C8.E747

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)



DATAS DE LEITURA

P.F.: 33 dias

Anterior 13/06/2019 Atual 16/07/2019 Próxima prevista 14/08/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	01	01	1,00	00	00	00	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

JUROS
VI - 2A VIA FATURA
CUSTO DE DISPONIBILIDADE
ADICIONAL BAND. AMARELA
COB CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560
JUROS

TARIFA

VALOR (R\$)

5,38
5,96
12,48
0,22
21,90
17,30
23,47

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIIS	12,70	0,62	0,08
COFINS	12,70	2,86	0,36

21/08/2019

86,71

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 052.543.323-60

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 100

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/06 Valor R\$320,95 ; Ref:2019/05 Valor R\$386,79). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000007225261.

DEBITOS ANTERIORES
MES/ANO VALOR(R\$)
04/2019 400,00
Total: R\$ 400,00

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 14/06 - 30/06
Amarela : 01/07 - 16/07

Nº do Cliente: 7225261 Referência: 07/2019 V: [1.0.0.4]
Data de Emissão: 18/07/2019 Total a Pagar (R\$): 86,71
Nº da Nota Fiscal: 005895947 Nº de Controle: 300283000769
3600000000 0 86710031300 2 28300076907 5 00007225261 8

PROCURAÇÃO

Francierica Alberto de Figueiredo Santos, brasileiro (a),
solteira, estudante portador (a) de CIC/RG nº
2007 282 2710 SSP-CE e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
052.543.323-60, residente e domiciliado (a) à
St Lagoa do Alto, nº 115, Bom Sucesso,
Jardim, Estado do Ceará, CEP 63.290-000, nomeia e
constitui sua bastante procuradora e advogada a Dra. **DAYNNARA RODRIGUES DE LIMA**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº 36.616 e Dr. **JULIO WENDELL MELO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/CE sob o número 37.820 ambos com escritório na Rua Zuca Sampaio, nº 348, Centro, Barbalha - CE, CEP 63.180000, a qual confere amplos e ilimitados poderes, inclusive ressalvados os do **art. 105 do CPC** e, especialmente para onde com esta se apresentar, defender a outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja parte, funcionando como autora, ré, assistente ou oponente, litisconsorte, assistente, podendo interpor recurso crime, cível ou trabalhista nas três instâncias, bem como desistir, transigir, renunciar, celebrar acordos, inclusive fixando desde já, honorários advocatícios no percentual de 30% do valor que o outorgante auferir a qualquer título, e substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, bem como **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA LÍDER**

Jardim - CE, 15 de janeiro de 2020.

Francierica Alberto de F. Santos
OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIOS, LEI DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA.
GRATUITA, LEI Nº 13105/2015, ART. 99 e parágrafos.**

Francianna Alberto de Figueiredo Santos, brasileiro (a),
Solteira, Estudante, portador (a) de CIC/RG nº
20072822710 SSP-CE e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
052.543.323-60, residente e domiciliado (a) à
St. Lagoa do Alto, nº 115, Bom Sucesso,
Sardim, Estado do Ceará, CEP 63.240-000,

DECLARA não ter condições financeiras de arcar com as despesas das custas judiciais, bem com os honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento ou de sua família, motivo pelo qual requer o benefício da justiça gratuita com fulcro na **LEI DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA, 13105/2015, ART. 99 e parágrafos.**

Sardim - CE, 15 de Janeiro de 2020.

Francianna Alberto de F. Santos
DECLARANTE



Dr. Renan Almeida

Clínica Geral e Ultrassonografia

CREMEC 12076

Sua saúde em boas mãos.

fls. 16

ATESTADO MÉDICO

A vítima, **FRANCIÉRICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS**, 26 anos, sofreu acidente automobilístico em 04/05/2019 conforme boletim de ocorrência.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura distal do punho esquerdo.

A vítima foi submetida a tratamento conservador por 60 dias e fisioterapia. Alta definitiva em agosto/2019.

No momento do exame, refere dor punho esquerdo ao segurar objetos e ao mobiliza-lo. Apresenta limitação dos movimentos de flexo-extensão, abdução e adução do punho esquerdo devido a bloqueio articular.

Do exposto, concluímos que há sequela e déficit funcional moderada do punho esquerdo. Podendo haver alteração do quadro clínico com o decorrer do tempo.

Juazeiro do Norte, 25 de Outubro de 2019.



DR. RENAN ALMEIDA
MÉDICO
CREMEC - 12076



Prefeitura Municipal de Jardim - CE
Secretaria de Saúde
Hospital Municipal de Jardim

DATA 04/05/2019 #s. 17
HORA DE CHEGADA: 18 H 08 MIN
HORA DE SAÍDA: _____ H _____ MIN
CARTÃO SUS Nº 702602784740348
PRONTUÁRIO Nº _____
UNISUS WEB: Nº: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Franciêrica Alberto de Figueiredo Santos CPF: _____
DATA DE NASC 21/04/1993 RG: _____ ESTADO CIVIL: Casada
SEXO () MASC. ☒ FEM. ORIENTAÇÃO SEXUAL _____ FONE: () 981377813 Nº _____
NOME DA MÃE: Clara Campos de Figueiredo
ENDEREÇO: Sítio Lagoa do Alto ESTADO: CE
BAIRRO: Zona Rural CIDADE: Jardim
PROFISSÃO: _____ COR: _____ RESPONSÁVEL: _____
GRAU DE ESCOLARIDADE: () ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU
PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____ FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL _____
Franciêrica Alberto de F. Santos

PEDIÁTRICO ()

ADULTO ()

GESTANTE ()

MODO DE TRANSPORTE

() AMBULÂNCIA SAMU ()
() BOMBEIRO MOTO ()
() VEÍCULO PART. OUTRO ()

PAC. CHEGOU AO SERVIÇO
ANDANDO A PÉ ()
DE MACA ()
DE CADEIRA DE RODAS ()

FOI ENCAMINHADO DE(O):
HOSP. ()
PSF ()
OUTROS ()

PA: mmHg

HGT:

TEMP. °C

FC:

SATO₂

FR:

PESO:

DIABETES ()

HIPERTENSÃO ()

ALERGIA MEDICAMENTOSA () QUAIS?

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM

() FEBRE
() VÔMITOS
() DIFICULDADES DE RESPIRAR
() FRAQUEZA
() CONFUSÃO MENTAL
() FADIGA
() CEFALÉIA
() DISTÚRBIOS VISUAIS
() TOSSE: _____
() OUTRAS QUEIXAS: _____

() TAQUICARDIA
() CONVULSÃO
() DESMÃO
() PARESTESIA E OU
PARALISIA DE PARTE DO
CORPO
() TONTURAS
() DOR E
LOCAL: _____
() QUEIXA URINÁRIA
() SANGRAMENTO;
LOCAL: _____

ENCAMINHA-MENTO

() MÉDICO PLANTONISTA
() SERVIÇO SOCIAL
() ENFERMAGEM
() OUTROS

CLASSIFICAÇÃO

() VERMELHO
() AMARELO
() VERDE
() AZUL

ASSINATURA DA ENFERMEIRA:



CARTÓRIO JÚLIO LÓSSIO

Rua Leonel Alencar, 100-Centro

A presente fotocópia confere com a original exibida
nestas Notas EM TEST. DA VERDADE, DOU FE

Jardim-CE, 25/04/2019.

Elaine Maria Carvalho Lóssio

Elaine M^a Carvalho Lóssio
Escrevente Substituta



DE LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2020 às 16:06, sob o número 00500159420208060499.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de acidente automobilístico com dor e edema em perna esquerda

HÁBITOS: () TABAGISTA () ETILISTA () SEDENTÁRIO

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA: () DM () HAS () DPOC () DC CARDIACA () DC NEUROLÓGICO

EXAME FÍSICO: EST. GERAL () BOM () RUIM () REGULAR; () EUPNEICA OU () DISPNEICA; () ACIANÓTICA

OU () CIANÓTICA; () ANICTÉRICA OU () ICTÉRICA; CONCIENTE () SIM OU () NÃO; GLASGOW

AP. CARDIOVASCULAR:

AP. RESPIRATÓRIO:

EXAME DO ABDOME:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura?

EXAMES SOLICITADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

① Iname 1AMP + 100ml CSF0,9%, EV. 18/00
② Voltaren 1AMP, 1M. 20:00

CARTÓRIO JULIO LOSSIO
Rua Leonel Alencar, 100-Centro
A presente fotocópia confere com a original exibida
nestas Notas EM TEST. DA VERDADE DOU FE.
25/02/2019

Elaine M^a Carvalho Lossio
Escritora Substituta



Dra. Iris Condini Novais
MÉDICA
12/12/2018

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL CARIMBO DO MÉDICO E ASSINATURA

TIPO DE ATENDIMENTO
() CLÍNICO
() CIRÚRGICO
() OBSTÉTRICO
() PEDIÁTRICO
() OUTROS

ENCAMINHAMENTO
-ALTA HOSPITALAR ()
-ENCAMINHADO AO
AMBULATÓRIO ()
-INTERNAMENTO ()
-TRANSFERIDO ()

- PACIENTE EVADIU-SE ()
-OUTROS ()
-ÓBITO ()

CÓDIGO DO
PROCEDIMENTO DE
Nº

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
DE MOTO () AUTOMÓVEL () ÔNIBUS () FAZIA USO DE CAPACETE () CINTO ()	CONST CIVIL () INDUST. () OUTRO () AGRICULT. () COMÉRCIO () IGNOR ()	() ARMA DE FOGO () ENFORCAMENTO () QUEDA DE NÍVEL () IGNOR. () OUTRO
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR ARMA () BRANCA () DE FOGO () ESPANCAMENTO. OUTRO ()	() ARMA DE FOGO () ENFORCAMENTO () QUEDA DE NÍVEL () IGNOR. () OUTRO	() VIA PÚBLICA () DOMÍNIO () ESCOLA () AMBIENTE DE TRABALHO () OUTRO



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

0303090554

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:

SCOSTA
SCOSTA

Dados do Paciente

Nome: **FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTO** Paciente: **478581**

Nome da Mãe: CLARA CAMPOS DE FIGUEIREDO

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 21/04/1993

Idade: 26 Anos / 0 Mês / 15 Dias

Endereço: SÍTIO LAGOA DO ALTO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63290000

Cidade: JARDIM

Telefone:

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Atendimento



3587247

Número: 0

Dados do Atendimento

Data: 06/05/2019

Hora: 07:37:45

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que? _____

Hora médica: _____

*Tram em punh O,
par mto*

Hipótese Diagnóstica:

Estim 1 Punh O

Cód. COD 10:

5505007

Procedimento



Imagem:



Laboratório:



Outros:

Conduta

Gesso Mch Edman O

Francierica Alberto de Figueiredo Santo
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10498

THIAGO CALDAS LEAL
CRM 10498



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3619232

478581 - FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO

Pedido....: 902052

Idade.....: 26a 1m 24d

Paciente.....: SANTOS

Solicitante.....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Atendido.: 10/06/2019

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Laudado...: 10/06/2019

Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

PUNHO ESQUERDO

- Fratura distal do rádio e do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682

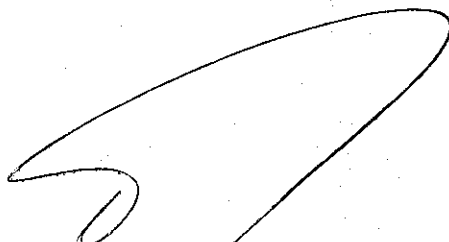
**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo****Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3587347
478581 - FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO
Paciente.....: SANTOS
Solicitante.....: THIAGO CALDAS LEAL
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 895179
Idade.....: 26a 0m 25d
Atendido.: 06/05/2019
Laudado...: 06/05/2019

PUNHO ESQUERDO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.



ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682

SINISTRO 3190608223 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PROTEGE

PLUS CORRETORA DE SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS

CPF/CNPJ: 05254332360

Posição em 27-11-2019 06:53:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT está em fase de realização de perícia médica. É muito importante que a vítima compareça no endereço abaixo, no dia e horário agendados, levando um documento de identificação original com foto. Fique atento: o não comparecimento à perícia gera pendência, atrasando a conclusão do processo.

DADOS DA PERÍCIA

Data do agendamento: 27/11/2019

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Uniclínica - Dr. Alan Felipe - 08:00 às 16:00hs

ENDEREÇO

Logradouro: Rua 15 de Novembro

Número: 373

Complemento:

Bairro: Centro

Município: Iguatu

UF: CE

Telephone: (81) 3126-4650

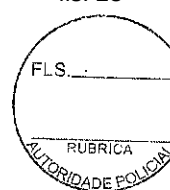
Celular: (81) 99801-0370

04 FEBRUARY 2019

= 927. 242.943.45 =

= 2020 00 ACCOUNTS =

23 06 past



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 474 - 415 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 11:30:38**
Data / Hora da Ocorrência: **04/05/2019 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LAGOA DO ALTO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JARDIM/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. FOTO SENSOR (CE 060)**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCIÉRICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS**
Nascimento: **21/04/1993** CPF: **052.543.323-60**
RG: **20072822710** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CLARA CAMPOS DE FIGUEIREDO**
FRANCISCO ALBERTO VIDAL
Endereço: **SITIO LAGOA DO ALTO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JARDIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98137-7813**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORY4263** Uf: **CE** Município: **JARDIM** Chassi:
9C2KD0550DR130581 Renavam: **541259989** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CICERO MIKAEL DE SANTANA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

ADVERTIDA DAS PENALIDADES LEGAIS PREVISTAS NOS ARTS. 339 E 340 DO CPB, AFIRMA A NOTICIANTE QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO ACIMA MENCIONADO, DE PROPRIEDADE DE CICERO MIKAEL DE SANTANA; QUE A NOTICIANTE POSSUI CNH, CATEGORIA AB, DE Nº 06686698818; QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, A CONDUTORA SEGUIA SENTIDO A CIDADE DO CEDRO-PE, QUANDO PERCEBEU ALGUMAS VACAS ATRAVESSANDO A VIA, QUE TENTOU FREAR A MOTO, MAS ACABOU PERDENDO O CONTROLE E VINDO A CAIR; QUE FICOU CONSCIENTE NO MOMENTO DA QUEDA; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES DO LOCAL; QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE JARDIM-CE; QUE, APÓS ISTO, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, NA CIDADE DE BARBALHA-CE; QUE APRESENTOU NO MOMENTO DA LAVRATURA DESTE REGISTRO OS DOCUMENTOS DE ENTRADA NOS DOIS HOSPITAIS ACIMA MENCIONADOS; QUE NO LAUDO DO RAIO-X DO PUNHO ESQUERDO CONSTA: -FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA BASE DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA; QUE FICOU CIENTE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DA SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE; QUE APONTA COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARLENE FERREIRA DE SOUZA E JOÉLIA GONÇALVES DA

* *Franciérica Alberto de F. Santos*
* *Joélia Gonçalves da Silva*
* *Armando Ferreira da Silva*

Este documento é uma cópia do original, assinado digitalmente por JULIO WENDELL MEDEIROS LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/07/2020 às 16:06, sob o número 005001594202008060109. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050015-94.2020.8.06.0109 e código 5C0B153.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JARDIM
Impresso nº 2019578284

fls. 24

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 474 - 415 / 2019

ROCHA; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR PELAS LESÕES SOFRIDAS. NADA MAIS HAVENDO, ENCERRO O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JARDIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FELIPE SAYMON SISNANDO DE MORAIS - MAT.: 3011471x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*** Franciêuca Alberto de S. Santos**

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENI ROCHA PINTO - MAT.: 300593-1-X

*** Joeline Gonçalves da Rocha**

*** Marlene Ferreira de Souza -**

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190608223

Vítima: FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FRANCIERICA ALBERTO DE FIGUEIREDO SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002208-X**

Conta: **0000023264-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

