

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE VARA UNICA DE MILHÃ DO ESTADO DO CEARÁ.

CLENIA MARIA DE LIMA, brasileiro, solteira, agricultora, portador (a) do RG. n 1977811-90 – SSP/CE, inscrita n CPF/MF nº 524828203-91, com endereço no sítio pelo Sinal, Zona rural, Deputado Irapuan Pinheiro/CE, por intermédio de seu advogado infra firmado, conforme incluso documento procuratório, com endereço profissional no rodapé desta, vem com o devido respeito e acatamento à presença de V. Ex^a. propor a presente

AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Centro, CEP. 20.031-205, Rio de Janeiro – RJ, e o faz consubstanciado pelas razões fáticas e jurídicas a seguir transcritas:

PRELIMINARMENTE a parte autora requer os benefícios da justiça gratuita, por não poder arcar com as despesas da ação em detrimento do seu próprio sustento e de sua família, nos termos da Lei 1.060/50 c/c com os Arts. 98 e seguintes da Lei 13.105/15 – Novo CPC, consoante inserta declaração de hipossuficiência inserta na procuração.

Ainda assim, a parte promovente **não tem interesse na audiência de conciliação ou de mediação com a promovida, pois, raramente oferece uma proposta de autocomposição, por conta que nessas lides a prova é pericial, a fim de aferir o grau da lesão da parte autora,** nos moldes do art. 319, inciso VII, da Lei 13.105/15, Novo CPC.

I – DOS FATOS

No dia 31/01/2018, a parte autora sofreu um acidente de trânsito (queda de motocicleta), vindo a ficar com **invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível o braço recebeu uma grande lesão em um acidente de motocicleta,** conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

A parte demandante requereu e recebeu na via administrativa precisamente na data de 28/02/2019, apenas a quantia de **R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, quando deveria ter sido paga o valor de até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), corrigido desde a data do evento danoso.

Constatada a debilidade permanente da parte autora em razão de acidente de trânsito, faz jus a mesma ao recebimento da quantia a título de complementação de até **R\$ 11.812.50(onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, corrigida desde a data do sinistro.

II – DO DIREITO

a) SEGURO DPVAT, DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO.

A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74, no art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007, a partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em s anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

A matéria foi sumulada pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ, Súmula 474, devendo ser aplicada a todos os acidentes, indistintamente:

Súmula 474, do STJ, A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

No caso presente, a parte promovente recebeu o valor a menor, pois, a sua debilidade não foi enquadrada corretamente pela seguradora no momento do recebimento do seguro.

Portanto, tem a parte autora o direito ao recebimento da quantia de até **R\$ 11.812.50(onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, a título de complementação em razão das várias debilidades permanentes que o acometem, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do acidente, nos termos das Súmulas 43 e 54, do Superior Tribunal de Justiça

b) VÁRIAS DEBILIDADES PERMANENTES. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 100% = R\$ 13.500,00.

É inconteste que a parte demandante sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, vindo a ficar com **invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível o braço recebeu uma grande lesão no braço**.

Assim, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve **várias debilidades permanentes**, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de 100% (cem por cento), o que resulta na quantia de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Desse modo, considerando que faz jus a parte requerente ao recebimento de até **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, a título de seguro DPVAT e considerando que o mesmo percebeu na via administrativa o importe de **R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, resta claro que lhe cabe receber a

respectiva diferença, que corresponde até **R\$ 11.812.50(onze mil, oitocentos e doze reais e cinco centavos)**.

nos termos expostos.

c) DA NÃO QUITAÇÃO DO SEGURO DPVAT PELO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL.

A prova pericial (exame médico para atestar a debilidade/invalidez permanente) é imprescindível para o desate da lide, com vistas à aferição do grau da invalidez permanente que acomete a parte suplicante.

Ressalte-se que, de fato, a parte demandante recebeu um valor securitário a menor na via administrativa, após avaliação médica unilateral feita pela seguradora, cuja conclusão não é definitiva tampouco pode ser considerada justa.

A questão de ser a invalidez total ou parcial não tem o condão de elidir a necessidade de realização da prova pericial, pois o grau aferido administrativamente foi em percentual bem inferior ao que realmente acomete a parte autora.

Ademais, repise-se a exaustão: apesar de a parte demandante requer o valor integral do segmento corporal afetado, com dedução do pagamento administrativo, tal não exclui o pedido a menor, que é a complementação com base na aplicação do percentual da perda sofrida, o que se coaduna perfeitamente com a orientação da Súmula 474, do STJ, aqui já citada.

Nessa linha de pensar, vale colacionar entendimento assemelhado do Egrégio Tribunal de Justiça do Ceará, que vem acolhendo as teses suscitadas, especialmente para anular a sentença de primeira instância quando não realizada perícia médica para atestar a debilidade/invalidez permanente, senão vejamos:

“Diante de todo o exposto, entendo que a sentença deve ser cassada a fim de que os autos retornem ao primeiro grau de jurisdição para ser elaborada prova pericial com o intuito de verificar se o pagamento parcial efetuado pela seguradora está de acordo como o grau de invalidez suportado pelo segurado.” (TJ/CE, PROCESSO Nº 2063-93.2007.8.06.0071, PUBLICADA EM 14/02/2013).

Neste mesmo sentido, já decidiu o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, na Apelação Cível Nº 70058070962 (Nº CNJ: 0531723-19.2013.8.21.7000) 2013/Cível, *in verbis*:

“1. A Medida Provisória nº 451/2008, publicada no Diário Oficial da União, em 16 de dezembro de 2008, convertida na Lei 11.945, de 04 de junho de 2009, definiu a necessidade de graduação da invalidez para a fixação do montante indenizatório. 2. Desse modo, mostra-se útil ao deslinde da causa a realização de perícia médica, a fim de aferir o grau de invalidez suportado pela parte autora, prova técnica indispensável no caso em exame, impondo-se a desconstituição da sentença, de sorte a ser produzida aquela prova técnica. Inteligência do art. 130 do CPC.



[...] Assim, na situação posta à análise deste Colegiado, deve ser realizada perícia médica, a fim de se determinar se foi correto o adimplemento parcial ou não. Sobre o assunto em lume é o entendimento do Colegiado dessa 5ª Câmara Cível, como se vê a seguir:

APELAÇÕES CÍVEIS. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR À EDIÇÃO DA MP 451/2008. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO DETERMINADA PELO E. STJ. Ainda que o acidente de trânsito tenha ocorrido em data anterior à MP 451/2008, posteriormente convertida na Lei Federal 11.945/09, faz-se necessária a realização de perícia médica para a apuração do grau de invalidez do autor. Decisão proferida pelo colendo Superior Tribunal de Justiça. Súmula 474 do STJ. Necessidade de graduação da invalidez, independentemente da data do sinistro. SENTENÇA DESCONSTITUÍDA, PREJUDICADAS AS APELAÇÕES. (Apelação Cível Nº 70043907112, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 19/12/2012).

Ademais, cumpre ressaltar que o julgador é o destinatário da prova, o qual pode motivadamente se manifestar quanto à necessidade ou não de produção desta para amparar o seu convencimento, consoante estabelece o art. 130, Caput, do CPC, a seguir transcrito:

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

Parágrafo Único – O juiz indeferirá, em decisão fundamentada, as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Portanto, entendo que deve ser realizada perícia médica para determinar o grau de invalidez da parte postulante, pois se mostra útil ao deslinde da causa, a fim de que se possa averiguar sobre o exame, segundo a tabela do DPVAT. Por conseguinte, diante dos fundamentos e precedentes jurisprudenciais precitados, desconstituo a sentença de primeiro grau, a fim de que seja realizada perícia.

[...] Diante o exposto, desconstituo a sentença de primeiro grau, a fim de que seja realizada perícia médica na parte postulante, objetivando a quantificação da invalidez para a fixação do montante indenizatório segundo a tabela DPVAT". **(grifos nossos)**

Assim, resta patente que a parte autora deve ser submetida à avaliação médica, passível de ser feita por perícia judicial, para aferir a real extensão das lesões que o acomete, a fim de estipular a complementação do seguro DPVAT corretamente e de forma proporcional, em obediência justamente ao teor da Súmula 474, do STJ.

III – DOS PEDIDOS

Pelo exposto, requer se digne Vossa Excelência:

- a) citar a Ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) ademais a parte autora não tem interesse na audiência de conciliação ou de mediação com a promovida, nos moldes do art. 319, inciso VII, da Lei 13.105/15, Novo CPC, haja vista, que a Ré não fazer nenhuma proposta de acordo nas ações em que a prova depende de perícia para aferir o grau da lesão do promovente;



- c) A produção de **prova pericial**, a fim de constatar o grau da debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, formula-se desde já os quesitos a serem respondidos por ocasião da perícia, abaixo relacionado, bem como a juntada de novos documentos e depoimento de testemunhas;
1. Há ferimento ou ofensa física?
 2. Qual meio ocasionou?
 3. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
 4. Resultou do acidente perda ou inutilização de membro, sentido ou função?
 5. Qual a debilidade ou deformidade apresentada pelo autor, originada pelo acidente?
 6. Se V. Sa. tivesse que graduar a lesão apresentada pelo autor, em qual destes graus o enquadraria: 25%, 50%, 75%, 100% ?
- d) Condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de até **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, a título de complementação ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54, do STJ;
- e) a concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos da Lei 1.060/50 c/c Arts. 98 e seguintes, do Novo CPC, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**
- f) a parte autora requer a condenação da ré na verba honorária de sucumbência no importe de 20% (vinte por cento).

Por fim, requer que todas as intimações demais atos processuais sejam feitos **EXCLUSIVAMENTE** em nome do advogado **ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, inscrito na OAB/CE nº 29.284, com endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP. 63.635-000, Centro, Milhã – CE, sob pena de nulidade.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Termos em que pede e aguarda deferimento

Deputado Irapuan Pinheiro 20 de maio de 2020.

Antonio Rubens Lima de Sousa
Advogado OAB/CE 29.284



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Clinia Maria de Lima
Brasileira, estado civil solteira, profissão Agri-
cultora, portadora do RG 1977813/90, órgão
expedidor SSP-CE, CPF: 524.828.203-91, com
endereço Sítio pedagógico nº 16, zona rural
cidade de Repartimento, Pernambuco.

OUTORGADO: Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, Centro, CEP.: 63.635-000, Milhã-Ceará.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judicium" especificamente para propor ação, atuando em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvidando, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Colônias /CE, 29 de fevereiro de 2020.

Clinia Maria de Lima
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**1. PARTES**

Elisvia Maria de Lima
 brasileiro (a), estado civil solteira, profissão agricultora, portador (a)
 do RG nº 1977811190, Órgão Expedidor SSP-CE, CPF nº
524.828.203-91, com endereço Sítio pelo Sinal
 nº 16, bairro Zona Rural, Cidade Dep. Japuan Pinheiro doravante
 denominado de **CONTRATANTE** e de outro lado o **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito
 na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o **Dr.**
CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional à
 Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE, aqui denominados de
CONTRATADOS.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços do(s) CONTRATADO(S), para que este(s) ajuíze ação
 de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel
 cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre
 todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) CONTRATANTE em decorrência da ação proposta. Porém, nas
 ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo CONTRATANTE forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este
 deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) CONTRATANTE tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança
 da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a
 pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar
 novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios
 na sua integralidade.

4.6. O (a) CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV,
 precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1%
 (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba
 pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores a(o)
 CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do(a) CONTRATADO(a), restará facultado a este,
 rescindir o contrato, substabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por
 mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos
 efeitos legais.

Gobonçalves, em 24 de fevereiro de 20 20.
Elisvia Maria de Lima
 CONTRATANTE CONTRATADO – OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Elvina Maria de Lima, brasileiro(a),
 estado civil Solteira, profissão Agricultora,
 natural de Solonopole, estado Ceará,
 nascido aos 08/08/1974, filho de Antonio Aldeci de
Lima e Maria Alves de Oliveira,
 portador(a) do RG nº 1977811/90 Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 524.828.203-91, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio pelo Simil
Zona rural
Deputado Prapuan Pinheiro.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e
 criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte
 estritamente a verdade.

Solonopole - CE., 24 de Janeiro de 20 20.

Elvina Maria de Lima
DECLARANTE

ESTO CARTÃO É O DOCUMENTO COMPENSATÓRIO DE REGISTRO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. A
 PARA O CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. A
 PARA O CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF. A

93090/1535

08/07/99

AGE - REGISTRO POPULAR

08.08.1974

08.08.1974

CIC

08.08.1974

08.08.1974

08.08.1974

VITIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1977811/90

02.08.90

CLENIA MARIA DE LIMA

Antonio Aldaci de Lima

Maria Alves de Oliveira

Solonopole CE.

08.08.1974

08.08.1974

08.08.1974

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

11-1

2

08.08.1974

08.08.1974

08.08.1974

8624079-0
Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 502362797

Rota 37 14074 05 122200 - 5 Data de Emissão 24/11/2017

Nome FRANCISCO VALDECI DA COSTA

End. Postal ST PELO SINAL 00016
MACHADO - DEP. IRAP. PINHEIRO - 63620000

Medidor 9061778 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 042108878-89 CGF

Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Nov/2017 24/11/2017 23/12/2017

ICMS
Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
INFO. RES. 1412, 1469, 1504, 1511, 1514, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477,

MINISTRO 3180155806 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLENIA MARIA DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO CLENIA MARIA DE LIMA
CPF/CNPJ: 52482820391

Posição em 28-02-2019 08:37:20

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/M Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Cleusa Maria de Lima

Habto para os exames físicos, junto ao DPVST que a paciente acima descrita, foi vítima de acidente de motocicleta com trauma em membro superior esquerdo com edema local que foi submetida a tratamento clínico com medicação com analgésico de 4da geração pelo período de 10 dias e uso de AINES. Recebendo alta definitiva mesmo após estar apresentando com um quadro normal de membro.

(11) 562-8

Senador Pompeu 18/05/18

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CRM 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 171 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 08:38:33**
Data / Hora da Ocorrência: **31/01/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PELO SINAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**
Nascimento: **08/08/1974** CPF: **524.828.203-91** UF: **CE**
RG: **197781190** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**
ANTONIO ALDADI DE LIMA
Endereço: **SITIO PELO SINAL** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL** Telefone:
Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MCQ2379** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi:
9C2KC08507R012568 Renavam: **900863080** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a noticiante para informar acidente de trânsito para fins de receber seguro DPVAT; advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, afirma que estava conduzindo o veículo acima descrito quando, repentinamente tentou desviar de um buraco, todavia não conseguiu e a moto caiu sobre seu braço. Depois de uns 10 (dez) minutos seu vizinho apareceu e tirou a moto; que foi levada para o Hospital Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro; Que, no dia seguinte, foi encaminhada para o Hospital Regional de Iguatu, conforme documentação comprobatória apresentada; Que apresenta como testemunhas, a senhora Solangia Maria de Lima Alves e o Senhor José Amilton de Oliveira. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 171 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elina Maria Lilianna

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

ROA DO ATO DECLARATÓRIO

OCORRÊNCIA Nº

05

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Dep.
Irapuan Pinheiro - Ceará
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. 11

CLELIA MARIA DE LIMA

D.N. 08/10/174

U.S.:

Unidade de Emergência H45B	Idade 42	Cor P	Sexo F	Estado Civil CASADA	Naturalidade SOLICITANTE	Nas. B
Residência SIL PELLO SINAL						Telefone

Nome	Telefone
------	----------

Residência	Atendimento	Data	Hora
------------	-------------	------	------

O paciente chegou ao hospital

☐ Andamento	☐ Regular
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal
☐ Ambulância	☐ Comatoso
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia

Atendimento: ☐ Acidente de Trabalho

Local:

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Acidente motorista (carro) ocorrido
com impacto + colisão em curva S.

DADOS CLÍNICOS				DIAGNOSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		

MAX. 90	MIN. 70	AUXILIAR	RETAL
---------	---------	----------	-------

TRATAMENTO:

1. Ipratium

2. Betamex 150mg



Cartão de Ocorrência Notas e Registros

A presente cópia confere com o original.

Dou fé.

05 de 02 de 18

Dep. Irupuan Pinheiro-Ce

Em testemunho da verdade.

☐ Antonia Erlene Gantas Pinheiro
Tribunal Interna

☐ Antonia Kátia Gonçalves da Silva
Escrivente Substituta

DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares
--------------------------	--	-----------------------

☐ Residência	☐ Internado	Diagnóstico Definitivo
☐ Em Observação	☐ Transferido	
☐ Encaminhamento ao Ambulatório		
☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.		
☐ Óbito sem Responsável		Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Arte gráfica (88) 9 8836-4162



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Elenir Maria de Lima

CPF da Vítima

524.828.203-91

Data do Acidente

31/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Dois mil e oitenta e dois de março de 2018

Local e Data

Elenir Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Atauldo de Oliveira,
 RG nº 34479052002, data de expedição 04/08/05,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001.814.243-55, com
 domicílio na cidade de Solomonópolis, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio pelo Sinal, nº 10,

complemento 2. Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Cláudia Maria de Lima cujo o condutor era
Cláudia Maria de Lima.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda/CG 150 Titan/ES
 Ano: 2006/2007
 Placa: MCQ2379/CE
 Chassi: 9C2HC08507A012568
 Data do Acidente: 31/01/2018
 Local e Data: DEP. DE TRANSPORTES - 20/03/18

Francisco Atauldo de Oliveira
 Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DE OFÍCIO
 NOTAS E REGISTROS

Cláudia Maria de Lima

CARTÓRIO DE OFÍCIO
 NOTAS E REGISTROS

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



(X) conheço por autenticidade (X) semelhança () as assinaturas de <u>Francisco Atauldo de Oliveira</u> <u>Cláudia Maria de Lima</u> <u>Maria do Carmo</u> Data 16. Dep. Inspec. Policial/CE 20/03/18 () Anterior: Cláudia Maria de Lima - Titular Interina () Anterior: Maria do Carmo - Esc. Substituto VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

OCORRÊNCIA Nº 05						
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS Prefeitura Municipal de Dep. Irapuan Pinheiro - Ceará Adm.: A FORÇA QUE VEM DO POVO Secretaria Municipal de Saúde unicef Brasão 2013 / 2016						
Nome do Paciente D.N. <u>1 / 1</u> CLENIA MARIA DE LIMA U.S: D.N. <u>08/08/74</u>						
Unidade de Emergência <u>HUSB</u>	Idade <u>42</u>	Cor <u>P</u>	Sexo <u>F</u>	Estado Civil <u>CASADA</u>	Naturalidade <u>SELVAPOLIS</u>	Nas. <u>R</u>
Residência <u>ST. PELO SINAL</u>					Telefone	
Nome					Telefone	
Residência						
O paciente chegou ao hospital ☐ Andamento ☐ Regular ☐ De Automóvel ☐ Passando Mal ☐ Ambulância ☐ Comatoso ☐ Aparentemente bem ☐ Com Hemorragia				Atendimento	Data <u>31/01/18</u>	Hora <u>07:51</u>
				☐ Acidente de Trabalho		
				Local		
Queixa Principal e Resumo da Doença Atual Agente de trânsito com dor dos membros + colheita em punho E.						
DADOS CLINICOS				DIAGNOSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA			
MAX. <u>97</u>	MIN. <u>75</u>		AUXILIAR	RETAL		
TRATAMENTO:				COM O ORIGINAL Carimbo das Notas e Registros A presente cópia confere com o original. Doc. nº <u>05</u> de <u>02</u> de <u>18</u> Dep. Irapuan Pinheiro-Ce Em testemunho <u>de</u> da verdade. ☐ Antonia Elene Dantas Pinheiro Téc. Interina ☐ Antonia Kátia Gonçalves da Silva Escritorinha Substituto		
DESTINO DADO AO PACIENTE ☐ Residência ☐ Internado ☐ Em Observação ☐ Transferido ☐ Encaminhamento ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E. ☐ Óbito sem Responsável				Exames Complementares RX Punho E		
				Diagnóstico Definitivo		
				Ass. do Médico		
Ass. Do paciente ou Responsável <u>X</u>						

Irapuan Pinheiro

Secretaria Municipal da Saúde de
Dep. Irupuan Pinheiroentregue a esta unidade
para retomar com a 1ª via a unidade de
Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Local de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO Município: DEPTADO IRAPUAN PINHEIRO
 RES: 189 Micro região: IGUATH Prontuário Nº: _____
 Nome: CLENTIA MARIA DE LIMA Ocupação: AGRICULTORA
 Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Bairro: _____ Tel.: _____
 Endereço: STIO PELO SINAL

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial: ☐Hospitalar: ☒Auxílio Diagnóstico: ☐

Procedimento:

Profissional:

Hora:

Unidade de Referência:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Prontuário Nº:

Alta: 1 / 1

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora



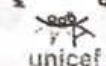
Governo Municipal
Irapuan Pinheiro



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Secretaria Municipal da Saúde de

Dep. Irapuan Pinheiro



Edição 2009-2012

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 189 Micro região: IGUAÇU Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: CIENTA MARIA DE LIMA Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SITIO PELO SINAL Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente com história de fratura em punho F. Direita. Encaminhamento.
Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho F. (SSE)
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Função: médica Data: 05.02.18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Acompanhamento Profissional: ortopedista
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____
Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

DATA	CONTROLE DE EXAMES REALIZADOS



**HOSPITAL
REGIONAL**

DE IGUATU
Dr. Manoel Batista de Oliveira

CARTÃO DE RETORNO TRAUMATOLOGIA

Nome: Clarice M. de Lima

Código Paciente: 012694

Rua Edílson de Melo Távora, S/N - Esplanada
Fone: (88) 3581-1250

DATA	HORA	CONSULTAS AGENDADAS SERVIÇOS	NOME DO PROFISSIONAL
1-2-18	8:42	Ex. de joelho	Dr. B. A.
21-2-18			

OBSERVAÇÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
 Prefeitura Municipal de São
 Inepuan Pinheiro - Cesta
 Assim A Força Que Vem do Saco
 Secretaria Municipal de Saúde

Nome Glória Maria de Lima
Sobrito

Radiação elétrica!
 pânico E

Dra. Lara Soares Duarte
 Médica
 CREME 17.134

Data 05/08/18



Governo Municipal
Irapuan Pinheiro



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Secretaria Municipal da Saúde de
Dep. Irupuan Pinheiro



Edição 2009-2012

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO
CRES: 143 Micro região: IGUATU Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: LENIA MARTA DE LIMA Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA
Endereço: SITIO PE' O SINAI Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____
Resultado de Exames: _____
Conduta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: _____
Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro: Dr. Lara Soares Duarte Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____ CID: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Pref. Municipal de Dep. Irapuan Pinheiro
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO



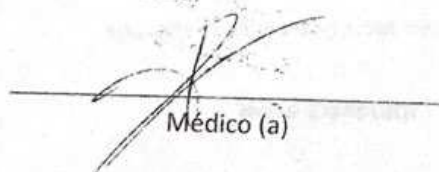
Edição 2009/2012

Para o Sr (a):

Wesley Carlos de L. da**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima identificado
submeteu-se a consulta médica nesta data,
necessitando ausentar-se de suas atividades por 30
30 dia (s).

Dep. Irapuan Pinheiro, 31 de Março de 2018.


Médico (a)

Hospital Municipal São Bernardo de Dep. Irapuan Pinheiro
Rua Candido Borges, s/n - Centro - Dep. Irapuan Pinheiro Tel- (88) 3569-
1259/1140.
site: www.irapuanpinheiro.ce.gov.br

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **524.828.203-91**Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**Data Nascimento: **08/08/1974**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/12/1992**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:44:17** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **506E.6619.16AF.718F**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

DATA: 01/12/2017

RENAN/VA: 00900863080

RATRC: 00000000000

EXERCICIO: 2017

PPT: 01

NOME: FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

SOLONOPOLÉ

PLACA: 00181424355

CHASSI: 9C2KCO8507R012568

COMBUSTIVEL: GASOLINA

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA/MODELO: HONDA/CS 150 TITAN/ES

ANO FAB: 2006

ANO MOD: 2007

CAP/POT/CIL: 2P/14CV/149CC

CATEGORIA: PRATA

COB. PREDOMINANTE: PRATA

VENC. COTA ÚNICA: 1*

VENC. COTA ÚNICA: 1*

PARCELAMENTO / COTAS: 2*

PARCELAMENTO / COTAS: 2*

PREMIO TARIFARIO (R\$): 4,18

PREMIO TOTAL (R\$): 4,18

DATA DE PAGAMENTO: 01/12/2017

SOLONOPOLÉ

LOCAL: SOLONOPOLÉ

DATA: 01/12/2017

Assinatura: [Assinatura]

Superintendente

CE Nº 013869027400 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

013869027400 **RECIBO CE Nº**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA: 01

RENAN/VA: 00900863080

CHASSI: 9C2KCO8507R012568

COMBUSTIVEL: GASOLINA

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA/MODELO: HONDA/CS 150 TITAN E

ANO FAB: 2006

ANO MOD: 2007

CAP/POT/CIL: 2P/14CV/149CC

CATEGORIA: PRATA

COB. PREDOMINANTE: PRATA

VENC. COTA ÚNICA: 1*

VENC. COTA ÚNICA: 1*

PARCELAMENTO / COTAS: 2*

PARCELAMENTO / COTAS: 2*

PREMIO TARIFARIO (R\$): 4,18

PREMIO TOTAL (R\$): 4,18

DATA DE PAGAMENTO: 01/12/2017

SOLONOPOLÉ

LOCAL: SOLONOPOLÉ

DATA: 01/12/2017

Assinatura: [Assinatura]

Superintendente

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOBRE
FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
34479052000 SSP CE

CNPJ
001.614.243-55 DATA NASCIMENTO
05/01/1984

FUNÇÃO
ANTONIO IREUTO DE OLIVEIRA
MARIA CLEOCINEIDE DE OLIVEIRA

PROFISSÃO
NOC
CAEBA
AB

Nº REGISTRO
03653144700

VALIDADEZ
06/03/2020

1ª REGISTRAÇÃO
04/08/2005

1084566699

SEM OBSERVAÇÃO;

FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
13/03/2015

31501487848
3146516877

DETRAN-CE (CEARA)

1084566699

Proprietário do Veículo

5214945-5

Para aplicar seu atendimento, utilize o nr acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Compensação Energética do Ceará

Rua Pedro Valdeir, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 501947966

Rota 35 14051 01 051100 - 7 Data de Emissão 22/11/2017

Nome FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA

End. Postal ST PELO SINAL 00010
DT ASSUNCAO - SOLONOPOLÉ - 63620000

Medidor 67748 Poste 0000 A13W

Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 001814243-55 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	22/11/2017	21/12/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Valor
SUBSISTEMAS	Nov/2017	17,90

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,72	31,45	10,92	2,95	2,95	0,00
7,05	15,10	30,33	1,00	1,00	0,00
5,78			2,95		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ACFB: 8046.4236.A057.2900.8907.0001.0754

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4201	4159	1,00	72	0,00			28,19

22-11-17 20-10-17 30 DIAS 72 VALOR (R\$) 28,19

VALOR CONSUNO DO HES 28,19

HJLTA HORATORIA REF 03/2017 0,57

CORRECAO MONETARIA DO HES 0,06

JUROS DO HES 0,33

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA HES (R\$ 3,44)

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	28,19
Adicional Bandeira Vermelha	3,44
Juros	0,33
Correção Monetária	0,06
Hjltta Horatoria	0,57
TOTAL	32,59

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
31,12	0,00	0

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Set/17	72
Out/17	80
Nov/17	113
Dez/17	76
Jan/18	91
Fev/18	74
Mar/18	89
Abr/18	71
Mai/18	71
Jun/18	71
Jul/18	81
Ago/18	66

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E CAUSAS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DE CLIENTE DEVOLVIDO NO ÚLTIMO BILHETE RECEBIDO.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/05/2020 às 01:19, sob o número 00504525520208060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050452-55.2020.8.06.0168 e código 687A7C3.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

524.828.203-91

Nome completo da vítima

Elenia Maria de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elenia Maria de Lima	CPF titular da conta 524.828.203-91	Profissão Agricultora
Endereço Sitio Belo Sinal	Número 16	Complemento Zona rural
Bairro Zona rural	Cidade Dep. Inap. pinheiro	Estado ceara
Email	CEP 63.645,000	Telefone (DDD) (85) 999890779

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚM.

DIV

1150

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚM.

DIV

23.397

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NOME

NÚM.

AGÊNCIA

NÚM.

DIV

CONTA

NÚM.

DIV

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dep. Inap. pinheiro 28 de março de 2016

Local e Data

Elenia Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VALOR TOTAL	1.00
***** TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE: CLENIA MARIA DE LIMA	
AGENCIA: 1150-9	CONTA: 23.397-8
VARIACAO DA POUPANCA	51
NR. DOCUMENTO	221.150.510.023.397

NR. AUTENTICACAO	A.67C.679.0F5.E95.BC4

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elvira Maria de LimaRG nº 1977841/90 data de expedição 02/08/90 Órgão SSP-CECPF nº 524.828.203-91 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Pelo Sinal</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>zona rural</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Deputado Ingenuo Pinheiro</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>63.645.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	
	<u>Elso Pinheiro</u> (85) 99989.0779 (85) 98721.2741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Deputado Ingenuo Pinheiro - CE 28/03/2018Assinatura do Declarante: Elvira Maria de Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/05/2020 às 01:19, sob o número 00504525520208060168. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050452-55.2020.8.06.0168 e código 687A7C3.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
			
NOME JOAO PAULO PINHEIRO			
	DOC. IDENTIDADE / ORGANISMO E 335665898 SSPDC CE		
	CPF 875.474.573-04		DATA NASCIMENTO 21/09/1980
	FILIAÇÃO MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO		
	PERMISSÃO 		
Nº REGISTRO 60758673502		VALIDADE 01/12/2021	1ª HABILITAÇÃO 04/08/1999
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
Assinatura: <i>João Paulo Pinheiro</i> _____ ASSINATURA DO DETENTOR			
LOCAL IGUATU, CE		DATA EMISSÃO 09/12/2016	
Assinatura: <i>[Assinatura]</i> _____ ASSINATURA DO DETENTOR		65656925402 CE156817608	
DETRAN - CE (CEARA)			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1406950930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1406950930

4664469-5
Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

de 21 de abril de 2018
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Veloso, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 02042251/0001-70 | CEF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 30 14062 12 080000 - 2
Nome JOAO PAULO PINHEIRO
End. Postal ST ALTO VERDE
- HILHA - 63635000
Medidor 375765

Data de Emissão 15/01/2018

Classe 04-RURAL NONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 875474573-04
Nome do Responsável

Posto 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

DATAS

Mês de Referência Jan/2018
Data da Apresentação 15/01/2018
Previsão Próxima Leitura 14/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	SENAVE 1988	SENAVE 1989
Mês	Nov-2017	Nov-2017
Indicador	0,00	0,00
Apuração Individual		
Mês	Nov-2017	Nov-2017
Indicador	0,00	0,00
Apuração Individual		
Mês	Nov-2017	Nov-2017
Indicador	0,00	0,00
Apuração Individual		

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4621.ES-7.ATFD.F629.E836.31F9.3707.2008

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fís.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5469	5332	1,00	137	0,00	1,07		50,35

15/01/18	15/12/17	31/12/17	137	50,35
VALOR CONSUMO DO MES				50,35
MULTA HORATORIA REF 10/2017				0,83
JUROS DO MES				1,04

14/02/2018

52,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	22,61
Taxa de Uso	2,80
Distribuição	2,80
Encargos Setoriais	5,95
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,80

100	137	86	126	100	50	129	136	41	41	0	150
-----	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	----	----	---	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (R\$CO₂)

50,35 0,00

Para cadastrar sua conta em nosso aplicativo utilize
SEU NÚMERO DO CLIENTE 888.888.888.888
Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao desperdício energético,
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. São Paulo.

Consta desta fatura R\$ 2,00 referente a PIS e COFINS (PIS: 1,36% e COFINS: 4,5%
PIS: 1,36% e COFINS: 4,5% - Total de R\$ 2,00) e Taxa de R\$ 2,80 (R\$ 2,80 x 100 = R\$ 2,80)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Paulo Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.434.573-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clénia Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Clénia Maria de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, 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 <u>Sítio Alto Verde</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento <u>zona rural</u>
Bairro <u>zona rural</u>	Cidade <u>milho</u>	Estado <u>ceara</u>	CEP <u>63.635.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85)99989-0779</u>

João Paulo Pinheiro 28 de março de 2018
Local e Data

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

João Paulo Pinheiro
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Clonir Maria de Lima
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Agricultora
 Identidade: 1977811/90 CPF: 524.828.203-91
 Endereço: Sítio pelo Sinal
 Bairro: Zona Rural
 Cidade: Tapuiçuá - Pinheiro CEP: 63.645.000

OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhã-Ceará, CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Clonir Maria de Lima



Local e data:

☒ Danilte de Oliveira Ferreira
 Oficial Inteiro
 Maria Neiva Pinheiro

San Romão CE 19 de Novembro de 2018

Clonir Maria de Lima
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Solonópole

Vara Única da Comarca de Solonópole

Av. Prefeito José Sifredo Pinheiro, 108, Centro - CEP 63620-000, Fone: (88) 3518-1696, Solonopole-CE - E-mail: solonopole@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050452-55.2020.8.06.0168**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Acidente de Trânsito**
Requerente: **Clenia Maria de Lima,**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.h.

Por não vislumbrar, *prima facie*, qualquer vício da peça Vestibular, estando presentes, em exame perfunctório, as condições da ação e os pressupostos processuais, **recebo a inicial** nos termos em que é proposta.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Defiro o pedido de Prova Pericial.

Tendo em vista que o autor manifestou desinteresse na realização de audiência de conciliação, **cite-se** a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal.

Solonopole, 25 de maio de 2020.

Ana Celia Pinho Carneiro
Juíza de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Solonópole

Vara Única da Comarca de Solonópole

Av. Prefeito José Sifredo Pinheiro, 108, Centro - CEP 63620-000, Fone: (88) 3518-1696, Solonopole-CE -
E-mail: solonopole@tjce.jus.brSolonópole

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº: **0050452-55.2020.8.06.0168**
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Acidente de Trânsito**
 Requerente: **Clenia Maria de Lima,**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**
 Senha do processo: **Senha de acesso da pessoa selecionada**

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do(a) Dr(a). Ana Celia Pinho Carneiro, Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Solonópole, tem como finalidade a CITAÇÃO de V.Sa. para apresentar contestação, no prazo legal.

Solonopole/CE, 01 de junho de 2020.

RAIMUNDO EVERARDO DE CARVALHO
Supervisor de Unidade Judiciár

Sr(a).
 Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
 Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro
 Rio De Janeiro-RJ
 CEP 20031-205