

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PEPROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	MARIA SOUSA MARTINS		
Nacionalidade	BRASILEIRA	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRA	RG n°	2001010250637
Profissão	AUTONOMA	CPF n°	025.984.443-88
Endereço	RUA B CONJ RES DOS ESCRITORES, N 255 – AP102 BL 25		
Bairro	PAUPINA	CEP	60873-595
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98735 8711		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ações competentes em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endossos em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 14 de fevereiro de 2020.

> Maria Sousa Martins
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

> RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE
> RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAJÁ/CE
Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030
E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

OUTORGANTE	MARIA SOUSA MARTINS		
Nacionalidade	BRASILEIRA	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRA	RG n°	2001010250637
Profissão	AUTONOMA	CPF n°	025.984.443-88
Endereço	RUA B CONJ RES DOS ESCRITORES, N 255 – AP102 BL 25		
Bairro	PAUPINA	CEP	60873-595
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98735 8711		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 17 de fevereiro de 2020

> Maria Sousa Martins

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Maria Sousa Martins, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____
INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA – Nº 100 – 1º ANDAR – SALA 101 – BAIRRO EDSON QUEIROZ – CEP: 60.811-695 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA – Nº 100 – 1º ANDAR – SALA 101 – BAIRRO EDSON QUEIROZ – CEP: 60.811-695 – FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 17, DE fevereiro DE 2020.

> Maria Sousa Martins
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

> RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE
> RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE
Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1029542452	NOME MARIA SOUSA MARTINS	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. Nº 2001010250637 SSP CE	
	CPF 025.984.443-88	
	DATA NASCIMENTO 28/05/1986	
	IRACÃO ANTONIO PEREIRA MARTINS MARIZETE SOUSA MARTINS	
PRÉDIO PLATINICAR 1029542452	Nº REGISTRO 05954624918	VALIDADE 13/06/2018
	1ª HABILITAÇÃO 13/12/2013	
	Observações SEM OBSERVAÇÃO	
	Assinatura do Portador Maria Sousa Martins	
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 17/12/2014
Assinatura do Emissor 41468654273 CE145259374		
DETRAN-CE (CEARA)		

N.º do CDE: **7670923**

Para agilizar seu atendimento, utilize o N.º 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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 024271485

Rota FOI09U01 - 54000 Referência 10/2019

Nome MARIA SOUSA MARTINS

Endereço RU B CONJ RES DOS ESCRITORES, 00255 - AP 102 HL
25, PALPINA, 60873-595, FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 14/10/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL Medidor 5650855-ELE-626

Ligação Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO
40082614006017503JES31045583

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DATAS DE LEITURA P.F. 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
13/09/2019	14/10/2019	14/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWh)	Consumo Incl. (KWh)	Consumo Excl. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
CE	4.975	4.822	1,00	153	00	153	0,45327	69,35

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	11,26
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,49
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,08
DESCONTO BAIXA RENDA	-	38,84
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	38,84
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24200	7,26
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41514	29,06
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62321	33,03
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,03000	0,90
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,09933	2,98

TARIFA

VALOR (R\$)

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	112,07	27,00	30,25
PIS	112,07	0,03	0,04
COFINS	112,07	0,14	0,16

VERBAMENTO 21/10/2019

TOTAL PAGAR (R\$) 95,44

CONSUMO CONSCIENTE **CNPJ/CNPJ** 025.984.443-88

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

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (R/CO ₂)
59,73	0,00	

INFORMAÇÃO AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/09 Valor R\$58,89). 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. N.º Cliente: 000007670923.

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 14/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 14/10

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 286481235 000000000 2019

VIA COD RENAVAN RNTREC EXERCÍCIO

NOME MARIA SOUSA MARTINS

CPF/CNPJ 02598444388

PLACA ANT / UF /CE

CHASSI 9C2JC4110BR440603

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

MARCA/MODELO HONDA/CE 125 FAN KS

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

COR PREDOMINANTE PRETA

CAP / POT / CL 2P / OCV / 124CC

CATEGORIA PARTIC

VEIC. GOTA ÚNICA 1ª 18

2ª 2ª

3ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65

IOF (R\$) 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 01/02/2019

Assinatura: Igor Rangel

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419537490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02598444388 NVB0639/CE

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

014419537490 77516810008

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 01/02/2019

VIA 01

CPF / CNPJ 02598444388

PLACA NVB0639

RENAVAN 286481235

MARCA / MODELO HONDA/CE 125 FAN KS

ANO FAB 2011

ANO MOD 2011

CATEGORIA PARTIC

VEIC. GOTA ÚNICA 9C2JC4110BR440603

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 81.29

IOF (R\$) 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

COPIA ÚNICA

PARCELADO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.048.808/0001-04

MOTOR: JC41E1B440603

03925



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019760913



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 14:54:12**
Data / Hora da Ocorrência: **05/09/2019 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 455 - MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **FAZENDA COLUMINJUBA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA SOUSA MARTINS**
Nascimento: **28/05/1986** CPF: **025.984.443-88**
RG: **2001010250637** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIZETE SOUSA MARTINS**
ANTONIO PEREIRA MARTINS
Endereço: **RUA B BLOCO 25 AP 102 - PAUPINA, 255 RES. DOS**
Bairro: **ESCRITORES**
MESSEJANA
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.873-565**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB0639** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR440603 Renavam: **286481235** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA SOUSA MARTINS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Notícia que é proprietária da motocicleta de placas NVB0639/CE; QUE no dia 05.09.2019, por volta das 17:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava com uma garupeira, a qual não foi lesionada, onde se deslocava de Fortaleza com destino ao Fazenda Columinjuba, pela Rodovia CE-455, quando nas imediações da entrada da Fazenda em Maranguape, acionou o pisca esquerdo e ao manobrar um veículo de placas não anotadas colidiu na traseira da sua motocicleta; QUE não anotou os dados do condutor do veículo ou a placa do mesmo; QUE do acidente lesionou o dedo (5º) "mindinho" da mão esquerda e queimadura na perna esquerda; QUE foi acionado para o local via 192 o SAMU, não tendo chegado, vindo a ser socorrida por meios próprios; QUE outros motociclistas que iam para o mesmo destino da declarante para trabalhar como garçonetes presenciaram o acidente, podendo indicar como testemunhas: FELIPE ROCHA SOUSA (CPF 411.657.878-90) E AMAURY BATISTA DA SILVA (CPF 802.241.133-72); QUE foi socorrida para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira Messejana onde foi medicado e imobilizado o 5º dedo, posteriormente liberado; QUE no dia (15.09.2019) foi para o I.J.F, em Fortleza, onde foi medicada e feito curativos na sua perna esquerda; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 17:30 horas e deu entrada no Hospital por volta das 20:00 horas. E



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019760913



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019

nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Saure Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

THAMILES LORENA SOTELO MELO - MAT.: 3012474X

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Moisés José Mendes*vítima de acidente de trânsito, em 05/09/19, sofreu:*Fratura lateral do 5º quadrado do
lombos da T2 e T3 com fratura.*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Imobilização cirúrgica
e fixação interna*encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:*Deficiência no 5º quadrado
filos espinhais.**Dor na musculatura do
trunk e de membros com cor.**Dor na musculatura**Prejuízo do trabalho
de 75% devido ao trauma**18/11/2019**Dr. Francisco Salmato de Almeida
Ortopedia - Traumatologia*

Dr. Francisco Salmato de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA**

fls. 24

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		Nº DO REGISTRO 8077770		Nº DE SE 300320
NOME DO PACIENTE MARIA SOUSA MARTINS		DATA DE NASCIMENTO 28/05/1985 (33 ANOS)	SEXO F	RAÇA/COR PARDOS
COBERTORES CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2001010250637		NOME DO RESPONSÁVEL MARIZETE SOUSA MARTINS		
NOME DO RESPONSÁVEL NI	ENDEREÇO RUA MANUEL FIRMINO DA SILVA 26 JOSÉ DE ALENÇAR	CONTATO		
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE			
CEP 60.830-335				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
CAUSA TRAUMA EM MÃO E	MOTIVO ACIDENTE DE MOVO	ESCALA DE DOR 3 (ADULTO)		
SINOMAS NI				
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	BAT. DE NI%	PULSO NI	SATURAC NI
TEMPERATURA NI °C	AL. SANG. DIPIROHA			
CLASSIFICAÇÃO LARANJA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO	DATA E HORA DO ATENDIMENTO 05/09/2019 20:04:28		
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
Fratura de 5ª costela da mão. (C) CP: Anestesia intratecal + bloqueio por				
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDEMENTO	CS	
SINT. SECUTÓRIO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MEDICAMENTO	APR. ZAMENTO	OBSERVAÇÕES		
Rx da mão e APLO	195	Dr. Ayremoraes Batista Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 13633		
Rx da mão e APLO				
3 de mão (C)	AP 1 Obliqua (Repetir)			
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA				

Impresso por rosilene gomes de brito em 05/09/2019 20:04:28

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Penal.

MARIA SOUSA MARTINS

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Conferir com ORIGINAL
25/09/19

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 02/07/2020 às 10:58, sob o número 02361583020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236158-30.2020.8.06.0001 e código 6C57D68.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692605

Vítima: MARIA SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOUSA MARTINS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = **R\$ 337,50**

Recebedor: MARIA SOUSA MARTINS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000166040-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 00377-00378 - Data: 18/01/2020 - INVALIDEZ

