



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01340477-6** em **21/07/2020 11:13:38**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0237136-07.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01340477-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 21/07/2020 11:13:38

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2736113_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2736113_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed - 1-23.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



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 (Regiões Metropolitanas) 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: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 (Regiões Metropolitanas) 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: 3200001732 Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
-----------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





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 (Regiões Metropolitanas) 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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO JOSE EVANGELISTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000716-1**

Conta: **0000031975-9**

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



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001732

Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO JOSE EVANGELISTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019659257

Impresso em 26/11/2019 10:33:29

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 673 - 4366 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 10:40:09**
Data / Hora da Ocorrência: **02/06/2019 14:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO CEP: 62.860-000, PRATIUS II - PRATIUS PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
Nascimento: **24/07/1965** CPF: **708.166.113-00**
RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
Bairro: **CARACARA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98933-3057**

Histórico

ADENDO AO B.O 573-958/2019 E B.O 573-1294/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEÍCULO DE PLACAS HVH-3290, CHASSI LA7FSYB5701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE ESCLARECE A DATA DE 02/06/2019 E NÃO A REGISTRADA NO B.O 573-1294 QUE FOI A DATA DE 02/05/2019; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

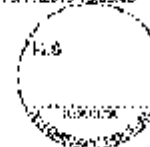
Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A) :

CESAR COLACO NUGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Impressão nº 2019023433



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1294 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **MAO DELITUOSA**
 Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 13:04:28**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:25:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV VALE ALBINO, PRATINS II -**
PINDORETAMA/CE
 Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
 Nascimento: **24/07/1965** CPF: **709.366.113-00**
 RG: **2008010148821** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
 Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
 Bairro: **CARACARA**
 Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98933-3057**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVH3290** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **LA7FSY85701**
 Renavam: **399636188** Tipo do Veículo: **CANINHAO** Marca / Modelo:
FORD/F4000 Ano Fabricação: **1977** Ano Modelo: **1977** Combustível:
DIESEL Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDO XAVIER DA SILVA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADENDO AO B.O 573-958/2019, ONDE ESCLARECE OS DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE O VEÍCULO DE PLACAS HVH-3290, CHASSI LA7FSY85701, ANO 1977, COR VERMELHA EM NOME DE RAIMUNDO XAVIER DA SILVA, ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE JOÃO DO RAIMUNDO; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELA REGISTRO: _____

“ESCRIVÃO AD HOC” - MAT.: _____

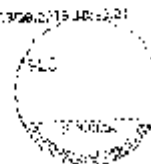
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A): _____

CESAR COLACO MUGUEIRA - MAT.: 133210-1-2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CPM
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impressão nº 0219514588



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 873 - 258 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2013 11:25:47**
Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2013 14:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VALE ALBINO**
Complemento:
Bairro: **PRATAS II** Município: **PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **CASA DO NASCIMENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**
Nascimento: **24/07/1965** CPF: **709.185.113-40** UF: **CE**
RG: **2068010148822** Opção Emissor: **SSP/DS**
Filiação: **BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA**
LUIS EVANGELISTA FILHO
Endereço: **RUA PIRES DA ROCHA CASA**
Bairro: **CARACARA** CEP:
Município: **AQUARAZICE** Telefone: **(85) 98033-3677**
País: **BRASIL**

Narrativa

Que estava pilotando seu ciclomotor 500 PHOENIX, Marca Shincay, Ano 2012, cor preto, Chassi LXY2CBL0700517352, quando o veículo que estava na frente freiou no meio da avenida Vale Albino, não dando tempo de virar, acabou colidindo na traseira do veículo não identificado, que foi encorrido pela ambulância do hospital local, em seguida conduzido para U.F. para que fosse submetido a cirurgia na perna direita pois havia fraturado o joelho. Que diante o exposto procurou esta DPC para comunicar o ocorrido.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____ "ESCRITÓRIO AD HOC" - MAT.

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Jose Evangelista

VISTO DO DELEGADO(A): _____ CESAR CENACI MOURA - MAT: 13981671

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

Escolha (e) tipo(s) de cobertura:

☒ DADOS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

708166113-00

4 - Nome completo da vítima:

PAULO JOSE EUANGELISTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE NEXUS MENTAL DA PESSOA FÍSICA (TÍTULAR/SEMPRE-VIVENTE/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

PAULO JOSE EUANGELISTA

6 - CPF:

708166113-00

7 - Profissão:

PEÇADOR

8 - Endereço:

PU CARACARA RUA

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CARACARA

12 - Cidade:

ABUIRÁZ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

61700-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 928375275

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/SEMPRE-VIVENTE ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovrta anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLAMAR INFORMAÇÃO

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção)

☐ Banco do Brasil (BB)

☐ Caixa Econômica Federal (CEF)

☐ Banco do Brasil (BB)

☐ Caixa Econômica Federal (CEF)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

00000000000000000000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

046

CONTA:

00031975

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE SOMENTE PARA CORREÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIARIOS - PRESENCIALMENTE SOMENTE PARA CORREÇÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido/vivente?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ABUIRÁZ 13/11/19

Paulo Jose Evangelista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO JOSE EVANGELISTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000031975-9

Nr. Autenticação

BRABESCO2801202005000000000023700716000000031975168750 PAGO

10227584

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética de Goiás
Rua Pedro Velho, 180
CEP 60135-080 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.761/0004-70 | CCE 05.105.848-9

Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única | Nº 019122296
Referência 08/2019

Nome A0538R51 - 21400
Endereço BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA
PV CARACARA, 00000, DISTRITO CARACARA, 61700-000,
Classificação AQUÍRAZ
Modalidade Tarifária Residencial RURAL
Ligação B2 RURAL
Monofásico
Ativa Reservada ao Risco
Medidor 23/09/2019
839679-SCH-001
RUBRICAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ANEXO 1339, B130, 9TH, E3E4, 32E6, 32E5, D3D5

DATAS DE LEITURA
Anterior 26/07/2019
Atual 26/08/2019
Próximas previstas 24/09/2019

DADOS DE LEITURA

Posto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Diferença	Consumo kWh (kWh)	Consumo fact. (kWh)	Consumo Pot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
T2	47,518	47,449	1,88	61	20	51	0,43492	26,53

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATÓRIOS	0,00
CONSUMO	0,00
ADICIONAL BANDA AMARELA	0,15
ADICIONAL BANDA VERMELHA	2,21
COBRANÇA DE PEQUENOS VALORES	-28,89
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-28,97
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	28,89

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,89	1,35	0,39
COFINS	28,89	6,16	1,78

01/10/2019

CONSUMO CONSTATADO 0,00

EMISSÕES DE CO₂ (kg CO₂) Compensação e créditos pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) : Compensação kg (CO₂) : Conexão Elétrica (R\$/CO₂) : 448.839.623-82



HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
HCPNP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/08/19 RECEPCIONISTA: FD HORA: 14:25
 PACIENTE: Paulo Jose Evangelista
 END.: Rua Roma
 BAIRRO: _____ D.N.: 24/07/65 IDADE: 53 ANOS
 FONE: 9 84054031 CADSUS/ID: _____
 MÃE: Benedita Francisco Evangelista

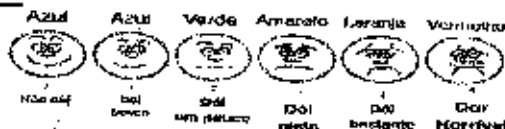
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

PA: 130 x 80 mmHg DX: _____ Mg/dl T: 36.5 °C PESO: _____ Kg FC: 85 Bpm

SAT. 98% FR: 18 TMRP ATENDERATÉ :

AValiação QUANTITATIVA DA DOR

Obs: Caso febre até 38 °C dar 01 gota/kg paracetamol V.O, caso vá escorar (Máx 40 gotas)



HISTORIA CLÍNICA:

- Conduct - Virginia ex. Gerard ex. united
 over compensation, over don + debt
 - unhappy Patricia D + F - united Supreme

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: Of course is

DIAGNÓSTICO: FT = Uva = 200/20 ✓

EVOLUÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIDO: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

OBSERVAÇÃO: () INTERNAÇÃO: () EM: 22.06.19 ÀS 15:40 HS

JIF (ZERO)
 Tē: Morology
 kōd: doguho

F. Val Moreira
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

MURO FORT EUNOBUSTA
MURRO MEMMO.

Ateto per o perit crime
por substatos e ringis
ps Fraturas do cunho
FEMURAL DIREITO. (§ 72-4)

Evou iC/ POR E UNTA-
CÃO FUNCIONAL.

1. SOUTO AUXILIO DOPUS
POR TEMPO INDETERMINADO

02
10/19

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.810-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODEL 34



D



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 02/08/2019 18:23:45	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 888005488652786	NOME: PAULO JOSE EVANGELISTA		Registro: 5619875		
CPF:	RG: 20080101488	D. NASC: 24/07/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACÃO COR: Amarelo
NOME DA MÃE: BENEDITA FRANCISCA EVANGELISTA			NOME DO PAI: LUIZ EVANGELISTA FILHO		
TPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSEMYRES DA ROCHA	Nº:	BAIRRO: CARACARA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: AGUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: VALDENIA		PARENTESCO: AMIGA		TELEFONE: 994054031	
AGENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CHUVA EMPREGADO:	CKPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, TRAUMA EM CABEÇA E EM MD. LACERAÇÃO EM SUPERGÍLIO DIREITO					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condição:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Relatório Fisioterapêutico

Declaro para devido fins que Paulo Jose Evangelista, 54 anos, sexo masculino, foi admitido para atendimento fisioterápico no dia 01/08/2019 com diagnóstico de fratura do fêmur distal e patela da perna direita, apresentando dificuldade de deambular, bloqueio articular, edema, dor e foi realizada 60 ss de fisioterapia para medidas analgesia, anti-inflamatório, cinesioterapia com objetivo de fortalecimento muscular, recuperar ADM.

Paciente apresenta algumas dificuldades no movimento de flexão e extensão do joelho e bloqueio articular, necessitando seguir orientações fisioterápica.

Fortaleza, 23 de outubro 2019.



02.255.211/0001-09

FISIOTELIN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

PINHEIRO BARBOSA S/S LTDA

Rua Angélica Gurgel, 226

Messejana - CEP: 60871-030

FORTALEZA - CEARÁ

ABEMP+

FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atesto para os devidos fins,
que Paulo José Evangelista
foi vítima de acidente com
motocicleta, sofrendo fratura
do côndilo femoral dir. Foi
submetido a tratamento cirúrgico.
Apresenta alta definitiva e/
sem incapacidade funcional
p/ flexo-extensão do joelho
e p/ marcha. Portanto, com
sequela permanente.

20.07.2020

Paulo José Evangelista Filho
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005894/35-51

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3718

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005894/35-51

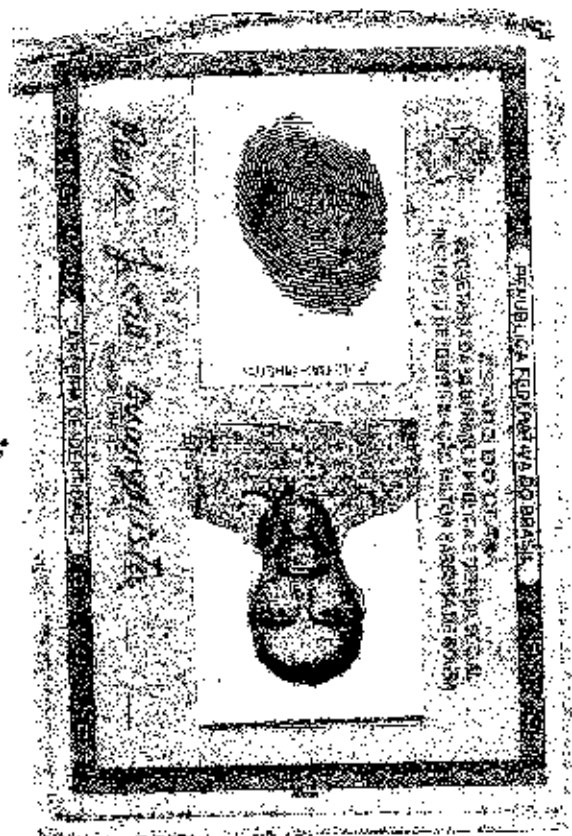
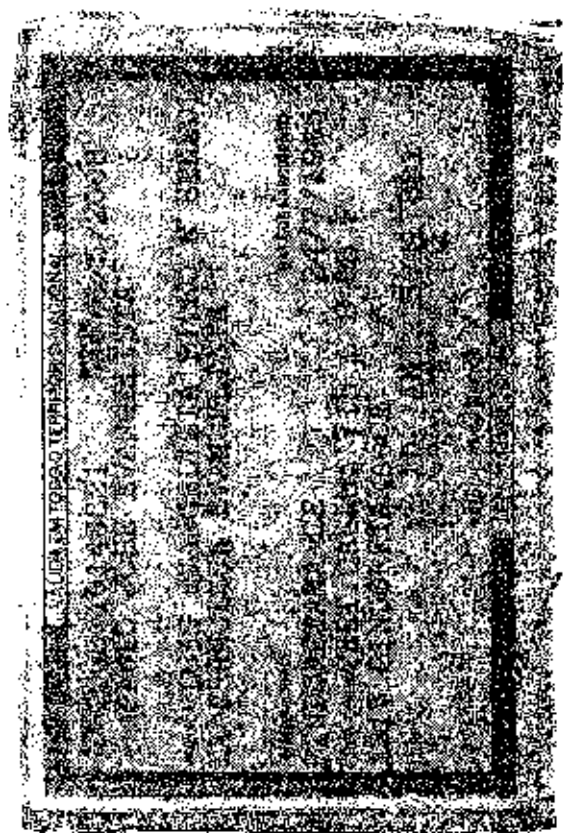
DELEGALIA DESTINO: DELEGALIA MUNICIPAL DE PINDURETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FARLEY CORDEIRO LUPES

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo José Evangelista





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **708.186.113-00**

Nome: **PAULO JOSE EVANGELISTA**

Data de Nascimento: **24/07/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/1994**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:52:44** do dia **13/11/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A025.7741.439A.0CA9**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA DE GUATEMALA

Ministerio de Gobernación

DECLARACIÓN DE REGISTRO E LICENCIAMIENTO DE VEHÍCULO

POY 01 399424198 0000000006 2018

PAIDOMINO XAVIER DA SILVA
PORTALEIA

07314933372

07314933372

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

015/COM/IN/00000000000000000000

CE 014418919771 GUATEMALA

07314933372

PAIDOMINO XAVIER DA SILVA

PORTALEIA

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

014418919771

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

014418919771

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

RECIBO DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001732 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE EVANGELISTA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CÔNDILO FEMORAL DIREITO. PG2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00