



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 **WEB1.20.01439994-6** em **11/09/2020 13:33:35**.
- 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 : 0241095-83.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01439994-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 11/09/2020 13:33:35

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* : 2748125_CONTESTACAO_01 - 1-14.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2748125_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.pdf

Downloads

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



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
_____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

**AÇÃO DE COBRANÇA
COM PEDIDO DE EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS**

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do MT nº: 2229868 – MT/CE e CPF nº: 616.823.803-43, residente e domiciliado na Rua Cedro, nº: 101 – BL 01 - APTO 04, Cidade Jardim, Bairro: Prefeito José Walter, Fortaleza/CE, CEP: 60.478-022, por intermédio de sua advogada devidamente constituída, procuração anexa, vem, mui respeitosamente, à presença Vossa Excelência, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA COM PEDIDO DE EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS**, em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos fatos e fundamentos que se seguem, para ao final requerer:

1 – DA JUSTIÇA GRATUITA

Ante a fragilidade financeira em que se encontra o Requerente, tendo em vista sua renda ser suficiente apenas para seu próprio sustento e o de sua família, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, uma vez ser pobre na forma da lei, nos termos da declaração anexa, possibilidade esta prevista no Art. 4º, caput, da Lei nº 1.060/50, não podendo, portanto, arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, tudo consoante com os mandamentos insertos na lei já referida, bem como pelo art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal/88 e Art. 98 e ss. do CPC, pelo que desde já assume este causídico o patrocínio da causa.



2 – DO ENDEREÇO ELETRÔNICO – E-MAIL

Inicialmente, cumpre-nos informar que, por ser pobre na forma da lei e não ter acesso a internet, o Requerente não possui e-mail, devendo para tanto, toda intimação, além de realizada e publicada por meio do Diário Oficial, ser encaminhada ao e-mail da sua patrona, a qual encontra-se escrita na procuração ad judicia acostada aos autos, bem como no rodapé desta petição, qual seja: cavalcantelimaadvocacia@gmail.com.

3 – DOS FATOS

Conforme narra o boletim de ocorrência anexo, o Requerente foi vítima de acidente de trânsito no dia **21 de Setembro de 2019**, lesionando-se gravemente, conforme se vislumbra pelos laudos médicos acostados.

Ao ser avaliado, conforme documentação médica foi inquestionavelmente constatada a **INVALIDEZ PERMANENTE** do Requerente, oportunidade em que os médicos concluíram que o mesmo apresentou **"FRATURA EXPOSTA DO ANTEPÉ DIREITO – FRATURA DO OSSO DO METATARSO - CID 10 S.92.3"**.

Após conclusão do tratamento médico e alta definitiva, ciente da existência do seguro obrigatório DPVAT, legalmente estabelecido pela Lei nº. 6.194, de 19 de dezembro de 1974, **o Requerente encaminhou o pedido administrativo perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat**, a fim de receber os valores definidos na aludida lei federal, vigente a época do fato, uma vez constatada invalidez decorrente das sequelas oriundas do grave acidente.

Diante das provas documentais e perícia realizada, a invalidez do Requerente foi pronta e inquestionavelmente reconhecida pela seguradora na via administrativa, tendo-lhe sido paga, em **21 de Janeiro de 2020**, a quantia de **R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Desta forma, denota-se ser incontroversa a invalidez permanente do Autor, sendo questionada, nesta oportunidade, a **ILEGALIDADE** cometida quando do pagamento a menor realizado na via administrativa, uma vez que a Seguradora ao efetuar-lo, se utiliza de percentuais mínimos e, por muitas vezes, deixa de apreciar debilidades que aumentariam o *quantum* indenizatório a ser recebido, bem como por



não aplicar ao pagamento celebrado a devida correção monetária, estipulado pela MP 340/2006, posteriormente convertida em Lei 11.482/07.

Tal prática posta em efeito pela Ré é, além de ilegal, claramente abusiva, motivo este que se torna necessária à intervenção deste Juízo para resolução da presente lide nos termos que se seguem.

4 – DA COMPETÊNCIA PARA JULGAR O FEITO

O presente processo refere-se à ação de cobrança, através do qual pretende o Autor receber os valores devidos a título de Seguro Dpvt, não pagos na esfera administrativa pela Seguradora, ora ré, em total afronta aos mandamentos legais.

Embasado em norma expressa contida no Código Buzaid, promovente interpôs a presente ação na Comarca de Fortaleza, podendo o mesmo fazer-se representar por preposto com poderes para transigir.

A opção por ajuizar a demanda no domicílio do Réu, é amparada pelo Código de Processo Civil, precisamente no art. 46 § 1º, c/c art. 53, III, *a* e *b*, onde pretende o agravante manter essa escolha por representar sua vontade efetiva na tramitação da lide no Foro da Comarca de Fortaleza/CE, a seguir transcrito:

Art. 46. A ação fundada em direito pessoal ou em direito real sobre bens móveis será proposta, em regra, no foro de domicílio do réu.

§ 1º Tendo mais de um domicílio, o réu será demandado no foro de qualquer deles.

Art. 53. É competente o foro:

(...)

III - do lugar:

a) onde está a sede, para a ação em que for ré pessoa jurídica;;

b) onde se acha agência ou sucursal, quanto às obrigações que apessoa jurídica contraiu;

Nesse sentido, tem-se a seguinte Súmula e Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:



Súmula 540

Na ação de cobrança do seguro DPVAT, **constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu.**

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. ACÓRDÃO ALVEJADO QUE, DE OFÍCIO, DECLINA DA COMPETÊNCIA PARA COMARCA DIVERSA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 33/STJ. DEMANDA DE NATUREZA PESSOAL. **COMPETÊNCIA DO FORO DO DOMICÍLIO DO RÉU.** ART. 94, *CAPUT*, E ART. 100, PARÁGRAFO ÚNICO DO CPC. RECURSO ESPECIAL PROVIDO PARA ANULAR O ACÓRDÃO RECORRIDO.

1. O foro competente para o ajuizamento da ação não é definido ao nuto do julgador, mas sim em conformidade com as regras de fixação e prorrogação de competência entabuladas na Lei Instrumental.

2. "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício" (Súmula 33/STJ).

3. A demanda objetivando o recebimento do seguro DPVAT é de natureza pessoal, implicando a competência do foro do domicílio do réu. Além disso, a regra contida no art. 100 do CPC é mera faculdade que visa a facilitar o acesso à Justiça. 4. Recurso especial provido.

(STJ, REsp 1059330 / RJ, Quarta Turma, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, publicado no DJ em 15/12/2008).

Corroborando o entendimento supra, tem-se ainda recente julgado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Ceará o qual prevê o seguinte, *in verbis*:

PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA. FORO COMPETENTE. **LOCAL DO ACIDENTE, DOMICÍLIO DO AUTOR OU DO RÉU. LIVRE ESCOLHA DO PROMOVENTE DA AÇÃO. INTELIGÊNCIA DOS ARTIGOS 46 E 53, V, DO CPC/15 E SÚMULA Nº 540 DO SUPERIOR**



TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DECLÍNIO DE OFÍCIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 33 DO STJ. CONFLITO PROVIDO. COMPETÊNCIA DO JUÍZO SUSCITADO. 1. que diz respeito à cobrança de seguro DPVAT, é cediço que o interessado pode ajuizar a ação em qualquer foro de sua conveniência dentre os foros do domicílio do autor, do domicílio do réu e o do local do fato, a teor dos artigos 46 e 53, V, do CPC/15 e Súmula 540 do STJ. 2. In casu, a demanda foi interposta no domicílio da seguradora requerida, se enquadrando dentre as regras estabelecidas pela legislação processual atinente à matéria. 3. Tratando-se de competência relativa, a inércia do réu acarreta a prorrogação da competência, não cabendo ao Juiz decliná-la de ofício, conforme disposto na Súmula 33 do STJ: "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício." 4. Conflito de Competência conhecido para, dirimindo-o, declarar competente o Juízo suscitado. ACÓRDÃO ACORDAM os Desembargadores integrantes da Segunda Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade de votos, em conhecer do conflito negativo, a fim de declarar a competência do ízo da 24ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, para processar e julgar a Ação de Cobrança Securitária nº 0118001-40.2016.8.06.0001. (Relator(a): MARIA DE FÁTIMA DE MELO LOUREIRO; Comarca: Pedra Branca; Órgão julgador: 2ª Câmara Direito Privado; Data do julgamento: 13/12/2017; Data de registro: 13/12/2017).

Logo, verificamos ser expressamente possível o manejo da ação de cobrança no presente foro, o que se verifica claramente no caso concreto, haja vista a promovida ser uma das consorciadas a Seguradora Líder e ter domicílio na Comarca de Fortaleza/CE.

5 – DA INEXISTÊNCIA DE PRESCRIÇÃO

Cumpre-nos informar, Excelência, que, conforme narrado, o processo administrativo que tramitou a favor do requerente, junto a Seguradora Líder, **somente**



foi concluído em **21 de Janeiro de 2020**, oportunidade em que houve o pagamento administrativo, sendo, a partir desta data, o início da contagem do prazo prescricional, de 03 (três) anos, para o promovente ingressar com a ação.

O entendimento acima explanado encontra-se em total conformidade com o estabelecido pelo Superior Tribunal de Justiça, o qual decidiu o seguinte, in verbis:

RECURSO ESPECIAL. REPRESENTATIVO DA CONTROVÉRSIA. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR. PRESCRIÇÃO. PRAZO TRIENAL. SÚMULA Nº 405/STJ. TERMO INICIAL. PAGAMENTO PARCIAL.

1. A pretensão de cobrança e a pretensão a diferenças de valores do seguro obrigatório (DPVAT) prescrevem em três anos, sendo o termo inicial, no último caso, o pagamento administrativo considerado a menor.

2. Recurso especial provido. Acórdão submetido ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução/STJ nº 8/2008.

(REsp 1418347/MG, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/04/2015, DJe 15/04/2015)

DESTA FORMA, EXCELÊNCIA, VERIFICA-SE QUE APENAS EM **21 DE JANEIRO de 2023**, OCORRERÁ A PRESCRIÇÃO DO PRESENTE FEITO, DATA ESTA, POSTERIOR AO AJUIZAMENTO DA PRESENTE AÇÃO.

6 – DO DIREITO

– DA NECESSÁRIA COMPLEMENTAÇÃO DO PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

A Lei 6.194/74, Art. 3º, “II”, que institui no ordenamento jurídico o seguro DPVAT, possui um CARÁTER EMINENTEMENTE SOCIAL, finalidade esta que deve sempre nortear sua aplicação, sob pena de tornar-se ineficiente.

Assim, visando garantir às infortunadas vítimas de acidente de trânsito, uma indenização justa e capaz de custear um tratamento digno, bem como uma



indenização que não perdesse seu valor com o passar dos anos, o legislador originário estabeleceu (Lei 6.194/74, Art. 3º, “II”, alterada pela Lei 11.945/09) que o valor da indenização do seguro DPVAT, para os casos de invalidez permanente, deve corresponder até o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme abaixo se transcreve:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

(...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).

Mais ainda, estabeleceu que o pagamento da indenização estaria vinculado somente à “simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa”, nos termos do caput do art. 5º da Lei, que estabelecia o seguinte:

Art. 5º O pagamento da indenização **será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Com isso, uma vez comprovada a existência do acidente de trânsito acima narrado, bem como das lesões suportadas pelo Autor oriundas do referido acidente, outra opção não restava a seguradora a não ser o pagamento do Seguro Obrigatório – DPVAT.



Entretanto, Exa., conforme narrado, inúmeras ilegalidades são cometidas pela Seguradora, uma vez que diante de inúmeras circunstâncias e em total desrespeito aos ditames legais, esta realiza o pagamento de valores abaixo aos determinados por lei, ou até mesmo nega às vítimas de acidente de trânsito a indenização a que tem direito, motivo ensejador da presente demanda.

– DA CORRETA APLICAÇÃO DA TABELA IMPLANTADA PELA LEI 11.945/09 E DA CORREÇÃO MONETÁRIA (SUMULA 580 – STJ)

Em que pese os argumentos supracitados, outro aspecto merece ser esclarecido, qual seja, a correta aplicação da Lei 11.945/09.

No caso em comento, como visto na sinopse fática, o acidente acarretou à vítima, ora Requerente, **"FRATURA EXPOSTA DO ANTEPÉ DIREITO – FRATURA DO OSSO DO METATARSO - CID 10 S.92.3", acarretando limitação dos movimentos e PERDA FUNCIONAL DO PÉ DIREITO, conforme declaração médica em anexo.**

OCORRE, EXCELÊNCIA, QUE, CONFORME MENCIONADO, A SEGURADORA AO AVALIAR OU ESTIPULAR O GRAU DE INVALIDEZ DO REQUERENTE, AGIU DE FORMA ARBITRÁRIA E ABSURDA, GERANDO, ASSIM, AO PROMOVENTE, O DIREITO DE PLEITEAR EM JUÍZO O VALOR INDENIZATÓRIO QUE LHE É DEVIDO E NÃO PAGO ADMINISTRATIVAMENTE.

O Superior Tribunal de Justiça já pacificou seu entendimento sobre assunto através da Súmula de número 474. Transcreve-se:

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

PORTANTO, DEVE-SE, AO MENOS, NO PRESENTE CASO, HAVER UMA APLICAÇÃO CRITERIOSA DA TABELA INSERTA PELA LEI 11.945/2009 NO PAGAMENTO DO SEGURO, ORA PLEITEADO, PELO QUE SE FAZ NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DE UMA PERÍCIA MÉDICA, DETERMINADA POR ESTE JUÍZO.

Corroborando o entendimento acima explanado e ciente dos erros cometidos pelas Seguradoras, temos os recentes julgados do Egrégio Tribunal de



Justiça do Estado do Ceará, os quais garantem às vítimas de acidente de trânsito direito aos reais valores devidos em decorrência de suas debilidades, senão vejamos:

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO EM AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. APLICAÇÃO DA LEI Nº 11.945/2009, VIGENTE À ÉPOCA DO FATO. LAUDO MÉDICO. INDENIZAÇÃO DEVIDA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO. LESÃO DE 25% NO OMBRO ESQUERDO. INCAPACIDADE PERMANENTE DA VÍTIMA. INVALIDEZ PARCIAL. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA CONTADA A PARTIR DO EVENTO DANOSO. SÚMULAS 426, 43 E 580, DO STJ. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Apelação interposta para reformar sentença que julgou procedente ação de cobrança de seguro DPVAT, condenando as promovidas ao pagamento da complementação devida. 2. De acordo com o art. 3º, e incisos, da Lei nº 6.194/74, e alterações posteriores, é plenamente cabível o pagamento por lesão, de acordo com os valores apresentados nas tabelas editadas pelo CNSP, havendo, para isso, a necessidade de laudo pericial. Aplicação da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça, que afirma: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez". 3. A Lei nº 11.945/2009, ao estabelecer uma gradação indenizatória, teve por finalidade instituir a isonomia substancial entre os beneficiários do seguro obrigatório, de forma que as indenizações devidas guardem proporcionalidade com a extensão das lesões e com o grau de invalidez ocasionados às vítimas de acidentes veiculares. 4. O laudo pericial colacionado por ocasião do Mutirão de Avaliação Médica ao Seguro DPVAT da Comarca de Fortaleza, às fls. 95/97, relata que a parte apelada sofreu lesões que ocasionaram sua invalidez permanente, com um grau de incapacidade funcional de debilidade parcial completa de 25%. 5. Sendo o valor máximo indenizado



CAVALCANTE LIMA
ADVOCACIA

Nayara Cavalcante Lima
Advogada- OAB/CE 37315

ao caso de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e o grau da debilidade apontado no laudo médico (25% de invalidez permanente), totaliza o valor de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), valor este que diz respeito ao somatório da indenização paga administrativamente e a complementação concedida pelo magistrado a quo, de R\$ 1.687,50 (hum mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), razão pela qual não há valores a serem rediscutidos. 6. A correção monetária da indenização do seguro DPVAT deve incidir a partir do evento danoso, momento em que o direito subjetivo da vítima se originou (Súmula 43 e 580), e o juros de mora a partir da citação (Súmula 426) **ambas do STJ. 7. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. ACÓRDÃO** Vistos, relatados e discutidos os presentes autos em que litigam as partes acima nominadas, ACORDA a TURMA JULGADORA DA TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, por UNANIMIDADE, em CONHECER E NEGAR PROVIMENTO à apelação cível, mantendo-se, assim, inalterada a sentença recorrida, tudo nos termos do voto da Relatora, que integra esta decisão. (Relator(a): MARIA VILAUFA FAUSTO LOPES; **Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 3ª Câmara Direito Privado; Data do julgamento: 06/12/2017; Data de registro: 06/12/2017).**

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA DA APELANTE. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA PELO PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES SECURITÁRIAS. PRECEDENTES STJ. INDENIZAÇÃO POR DANOS PESSOAIS EM VALOR PROPORCIONAL AO GRAU DAS LESÕES DECORRENTES DO SINISTRO. POSSIBILIDADE. PERÍCIA MÉDICA REALIZADA PERANTE O JUÍZO PROCESSANTE. AQUIESCÊNCIA DAS PARTES. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Segundo a jurisprudência do STJ, as seguradoras integrantes do consórcio do Seguro DPVAT são solidariamente



responsáveis pelo pagamento das indenizações securitárias, podendo o beneficiário cobrar o que é devido de qualquer uma delas. (REsp 1108715/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 15/05/2012, DJe 28/05/2012). 2. No mérito, o cerne da controvérsia gira em torno do nexo de causalidade entre o acidente e a debilidade da vítima, seja porque não foram carreados aos autos quaisquer documentos aptos a comprovar que a debilidade permanente advém do referido acidente, seja pela existência de fatos contraditórios, especialmente no que se refere ao boletim de ocorrência informando datas divergentes do sinistro. 3. No caso, observa-se que o laudo pericial foi realizado e concluiu que a perda funcional do apelado foi parcial incompleta no grau de 50% (cinquenta por cento) do ombro esquerdo e no grau de 10% (dez por cento) de suas funções neurológicas, tendo as partes concordado com o resultado apresentado. Assim, o Juízo Singular julgou parcialmente procedente o pedido e condenou a seguradora ao pagamento da importância de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente à diferença do valor do Seguro Obrigatório (DPVAT). 4. Analisando os documentos acoplados, em especial, o laudo pericial, observa-se que o pedido de reforma da sentença não merece amparo, haja vista que as provas carreadas aos autos foram suficientes para embasarem a condenação indenizatória proferida pelo Juízo de 1º Grau. 5. Recurso conhecido e não provido. Sentença Mantida ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 3ª Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator. JUCID PEIXOTO DO AMARAL Presidente do Órgão Julgador (Relator(a): JUCID PEIXOTO DO AMARAL; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 3ª Câmara Direito Privado; Data do julgamento: 13/12/2017; Data de registro: 13/12/2017).



Cumpre-nos ainda informar que, quando do pagamento realizado na esfera administrativa, a Seguradora, ora ré, se omitiu quanto ao reajuste da indenização, em detrimento ao grande aumento do valor do prêmio pago por todos os proprietários de veículos, gera, pelos motivos acima expostos, o enriquecimento ilícito das Seguradoras pertencentes ao consórcio do DPVAT, ato este totalmente contrário e oprimido pelos ditames legais, em especial pelo caput do art. 884 do Código Civil, o qual aduz:

Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

Corroborando o entendimento acima explanado e ciente do enriquecimento ilícito praticado pela Seguradora, o Superior Tribunal de Justiça – STJ sumulou (Súmula 580) o entendimento de ser devida a aplicação da correção monetária nos pagamentos realizados pela Seguradora a partir da data do evento danoso, tornando necessária correção do valor indenizatório fixado a título de Seguro Obrigatório e garantindo ao cidadão o recebimento do valor real da referida verba indenizatória, senão vejamos:

Súmula N. 580 – STJ. A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso.

Nota-se, Vossa Excelência, que a Seguradora, quando do pagamento administrativo, agiu de forma totalmente contrária aos ditames legais, gerando para si enriquecimento ilícito e causando prejuízos financeiros a parte beneficiária da indenização.

Desta forma, diante dos erros, dos atos arbitrários e abusivos praticados pela seguradora, quando do pagamento administrativo, requer além da correta aplicação da Tabela implantada pela Lei 11.945/09, a aplicação do disposto e determinado pela Lei 11.482/07, no que se refere à correção monetária a ser aplicada quando do pagamento indenizatório realizado, a partir da data do evento danoso.



7 – DA NECESSÁRIA EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS

Aduz o Art. 396, do Código de Processo Civil, o seguinte:

Art. 396 - O juiz pode ordenar que a parte exiba documento ou coisa, que se encontre em seu poder.

Art. 399 - O juiz não admitirá a recusa se:

I - o requerido tiver obrigação legal de exhibir; (...)

III - o documento, por seu conteúdo, for comum às partes.

A presente medida se faz claramente necessária ante o caráter eminentemente social do seguro obrigatório, bem como para corroborar os fatos ora apresentados e chegar-se a verdade precisa de quais valores já foram parcialmente recebidos pelo Autor ou dos motivos ensejadores da negatória realizada.

Além do mais, acaso deferido o presente pedido, nenhum prejuízo será causado à parte promovida, posto esta possuir amplo e irrestrito acesso ao sistema “MEGA DATA”, bem como não espelhar decisão meritória e, portanto, nem em uma interpretação por demais restritiva e não possuir caráter de irreversibilidade.

Ex positis, requer a parte Autora que Vossa Excelência conceda o pedido acima pleiteado, no prazo legal da contestação, a fim de que seja apresentada toda documentação e o processo administrativo que tramitou em favor do autor, para que seja dirimida toda e qualquer dúvida acerca do acidente, das debilidades reconhecidas ou não, dos valores pagos ou não a vítima, pela Ré, sob pena de multa diária a ser estipulada por este Juízo, em favor do Autor.

8 - DOS PEDIDOS FINAIS

Ante todo o exposto, vem a parte Requerente pugnar pelos seguintes pedidos:

1. Deferimento da justiça gratuita (declaração anexa), bem como a inversão do ônus da prova, nos termos do Art. 3º, §2º, e Art. 6º, VIII, do CDC, haja vista a incontroversa incidência deste diploma legal ao presente caso;
2. Cadastro do e-mail da advogada patrona da presente causa: cavalcantelimadvocacia@gmail.com; para que ocorra, caso necessário, além da intimação por meio do Diário Oficial, intimação por este meio;



3. Deferimento do pedido de exibição de documentos, acima pleiteado, para a parte promovida apresentar no prazo da contestação, toda e qualquer documentação acerca do processo administrativo que tramitou em favor do Requerente, sob pena de pagamento de multa diária a ser estipulada por este Juízo, em favor do Autor;
 4. Designação de perícia médica a fim de que seja avaliado e quantificado o real grau de invalidez do Requerente, tudo em conformidade com a Lei 11.945/2009 e cujos quesitos seguem em anexo;
 5. Em caso de possibilidade de perícia médica anterior ao ato, requer a designação de audiência de conciliação ou mediação, a fim de que as partes possam munidas de laudo pericial, verificar a possibilidade de composição, requerendo, em ambos os casos a consequente citação da parte Requerida para comparecer ao referido ato;
 6. **Julgamento procedente do presente feito em todos os seus termos**, condenando a Promovida ao pagamento do valor auferido através da subsunção entre a invalidez permanente constatada em perícia médica e os valores estabelecidos na tabela da Lei 11.945/2009, sendo deduzido, se houver, a quantia recebida na seara administrativa, devendo, em todo caso, o valor ser regularmente corrigido desde o evento danoso (Súmula 580 STJ), bem como acrescido de juros a partir da data da citação válida (Súmula 426 STJ);
 7. Subsidiariamente, caso a perícia médica avalie que o quantum recebido pelo promovente condiz com sua debilidade ou que sua disfunção foi apenas de caráter temporário, requer a condenação da Requerida ao pagamento da correção monetária aplicada ao valor recebido administrativamente, nos termos dispostos pela legislação em vigor, a partir do evento danoso (Súmula 580 do STJ), acrescida dos juros legais (Súmula 426 STJ);
 8. Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC;
 9. Protesta provar o alegado através de todos os meios admitidos em direito.
- Dá-se à causa o valor de **R\$ 10.462,50 (dez mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**



Nestes termos,
Pede e aguarda deferimento.
Fortaleza, 23 de Março de 2020.

Nayara Cavalcante Lima Agostinho
Advogada
OAB/CE 37.515

ANEXO I

QUESITOS PARA PERÍCIA

1) Qual o tipo de lesão sofrida pela Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?

2) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?

3) Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve, repercussão, 10% (dez por cento) para as sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

4) Considerando que os ossos do membro superior podem ser divididos em quatro segmentos, quais sejam, ombro (clavícula e escápula), braço (úmero), antebraço (rádio e ulna) e mão, caso seja constatado a invalidez permanente em alguma das articulações previstas em lei, a saber, ombro, cotovelo, punho ou dedo, queira o Sr. Perito responder:

Em que grau de invalidez o membro superior é acometido por tal debilidade em sua articulação?

Caso não faça constar a debilidade do membro superior, que o Sr. Perito informe os motivos de como a debilidade constatada na articulação não interfere, ainda que de forma residual, a funcionalidade de tal membro.

5) Considerando que os ossos do membro inferior podem ser divididos em quatro segmentos, quais sejam, cintura pélvica (ossos do quadril), coxa (fêmur e patela), perna (tíbia e fíbula) e pé, caso seja constatado a invalidez permanente em alguma das articulações previstas em lei, a saber, joelho, tornozelo ou pé, queira o Sr. Perito responder:

Em que grau de invalidez o membro inferior é acometido por tal debilidade em sua articulação?



CAVALCANTE LIMA
ADVOCACIA

Nayara Cavalcante Lima
Advogada- OAB/CE 37315

Caso não faça constar a debilidade do membro inferior, que o Sr. Perito informe os motivos de como a debilidade constatada na articulação não interfere, ainda que de forma residual, a funcionalidade de tal membro.

6) Em caso de pagamento administrativo, queira o Sr. Perito informar se houve agravamento na lesão do autor após a realização da perícia administrativa;

7) Há algum outro ponto que o Sr. Perito repute relevante sobre o exame pericial realizado?



CAVALCANTE LIMA
ADVOCACIA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Alexisandro de Souza Barboza		
NACIONALIDADE	Brazileiro	NATURAL	Fortaleza
RG	2229868 - MT/CE	ESTADOCIVIL	Solteiro
CPF	616.823.803-43	PROFISSÃO	Desempregado
ENDEREÇO	Rua Cedro, n: 101, Bl. 01, APT 04 - Cidade Jardim		
BAIRRO	Prefeito José Walter	CEP	60.748-022
MUNICIPIO /UF	Fortaleza/CE		
FONES			
E-MAIL			

OUTORGADA: NAYARA CAVALCANTE LIMA AGOSTINHO, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 37.515, com escritório profissional na Rua M, nº 461, Loteamento Parque Montenegro 2, Prefeito José Walter – Fortaleza/CE – CEP 60.751-230, Telefone: (85) 9.8947-4025, email: cavalcantelimadvocacia@gmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA(CE), 23 de Maio de 2020

Alexisandro de Souza Barboza
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA







Eu, Alexsandro de Sousa Barbosa,
Brasileiro(a), português, desempregado, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 22.29868 - MT/CE - 66P/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
616.823.803-43, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Ordino - AP04 - BLO1 - Cidade Jardim, Nº 101, Prefeito José Walter,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza(CE), 23 de Março de 2020

Alexsandro de Sousa Barbosa

Declarante

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
		NOME ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA			
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2229868 MT CE		CPF 616.823.803-43	
		DATA NASCIMENTO 07/06/1998		FILIAÇÃO PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA MARIA DAS GRACAS DE SOUSA	
		PERMISSÃO 	ACC 	CALHAB. AB	
Nº REGISTRO 07035703703		VALIDADE 19/11/2023		1ª HABILITAÇÃO 11/04/2018	
		OBSERVAÇÕES EAR;			
ASSINATURA DO PORTADOR ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA		LOCAL FORTALEZA, CE			
ASSINATURA DO EMISSOR RUI VASCONCELOS PONTE		DATA EMISSÃO 12/09/2019			
CEARÁ		03535428845 CE172384354			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838139995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838139995

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

End. Leitura: RUA CEDRO - CIDADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID. JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.748-022

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Sector: 059

Quadra: 0057

Lote: 0100

Comp: 0004

Subsector:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A13L265292	416	425	9	10

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019	Emissão: 03/12/2019	Lacre Água: 1684135
Leitura Anterior: 04/11/2019	Próxima Leitura: 02/01/2020	Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 5 m³ | META: 10 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	Mês/Ano	11	8
ESGOTO	22,64	OUT/2019		
JUROS DE 0,033% AO DIA 1/1	0,52			
CREDITO-PAG./LANÇAMENTO 1/1	-24,94			
JUROS/MULTA TARIFA 1/1	0,05			
CONTINGENCIA				

EMISSÃO : LOJA CONJUNTO JOSE WALTER 03/12/2019 16:10:08



CAVALCANTE LIMA
ADVOCACIA

fls. 21

Nayara Cavalcante Lima
Advogada - OAB/CE 37515

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Alexsandro de Sousa Barbosa,
brasileiro (a), solteiro, desempregado, portador(a) do
RG nº 2229868 - MT/CE, inscrito no CPF sob nº
616.823.803-43, residente e domiciliado no endereço
Rua Pedro, n: 101, 8201, APTO-04, Cidade Jardim - Prefeito José Walter - Fort. / CE

Dedaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra NAYARA CAVALCANTE LIMA AGOSTINHO**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 37.515, com escritório profissional na Rua M, nº 461, Loteamento Parque Montenegro 2, Prefeito José Walter – Fortaleza/CE – CEP 60.751-230, Telefone: (85) 9.8947-4025, email: cavalcantelimaadvocacia@gmail.com, 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) 23 de Março de 2020

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Declarante.

TESTEMUNHA:
CPF:

TESTEMUNHA:
CPF:



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Alexsandro de Souza Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Cedho, m=101, AP04, BL 01 - Cidade Jardim</u>		Profissão: <u>Desempregado</u>
CPF nº: <u>616.823.803-43</u>	RG n: <u>2229868 - MT/CE</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Prefeito José Walter</u>	Cidade: <u>Fortaleza/CE</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.748-022</u>	Telefone:	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 23 de Março de 2020
ALEXSANDRO DE SOUZA BARBOSA

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

OPRESIDENTEDAREPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante. Art. 4º.

Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.



CAVALCANTE LIMA
ADVOCACIA

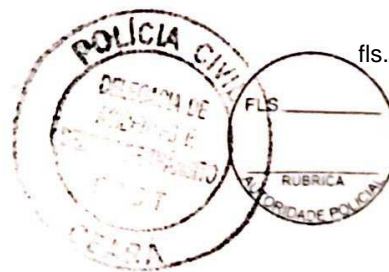
Nayara Cavalcante Lima
Advogada OAB/CE 37513

DECLARAÇÃO

Eu, Alexsandro de Souza Barbosa,
Brasileiro(a) solteiro, desempregado, portador da cédula de Identidade Nº
2229868 - MT/CE E CPF Nº 616.823.803-43, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Pedro, n: 101, AP - 04, Bl 01, Cidade Jardim -
Prefeito José Walter na
Cidade de Fortaleza, Estado CE, CEP
60.748.022, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 23, de Maio, de 2020.

Alexsandro de Souza Barbosa
DECLARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL. 1 AP 4**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35002R031869 Renavam: **780175522** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado do Policia
MAT. 14699


EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em 16/12/2019 14 20 50

Pág. 1 de 1

Impresso em 16/12/2019 14 20 50

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense
LAUDO PERICIAL	Número: 2020.0065842
Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 2/2

No dia 11 de Fevereiro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de acordo com o(a) Guia de número 117/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:
SOLICITAÇÃO: 91331
ENVOLVIDO(S)
ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
PARECER:

Periciando informa que foi vítima de ocorrência de trânsito, colisão de um carro com sua motocicleta, fato ocorrido por volta das 3h30min do dia 21/09/2019. Foi atendido, internado, e submetido a tratamento cirúrgico traumatológico no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - Frotinha de Messejana. Porta Registro de Atendimento de Emergência daquele hospital, onde está registrado: "paciente sofreu acidente de moto, evoluindo com fratura exposta do pé direito. Realizada limpeza cirúrgica e fixação óssea". Ao exame físico observa-se uma cicatriz linear na região dorsal do pé, medindo oito centímetros, e na região plantar, medindo quatro centímetros. Impossibilidade de realizar flexão e extensão dos dedos do pé direito. Andar claudicante.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexos causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim

Resposta ao 2º) Perda funcional incompleta do pé direito, orçada em 25%.

11 de Fevereiro de 2020


Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho
 Médico Perito Legista Matrícula 1980791-6


AA 149965



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

2020.0065842

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 301-4408/2019

Documento solicitante: Guia - 117/2020

Órgão solicitante: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço <http://idpvat.pefoce.ce.gov.br> e informe o código



**Prefeitura de
Fortaleza**

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

fls. 27

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO		Nº DO BC	
NOME DO PACIENTE ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA		5161297		372115	
CASSUS		SEXO M		RAÇA/COR PARDO	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343		TASCIMENTO 07/06/1998 (21 ANOS)		NOME MÃE MARIA DAS GRACAS DE SOUSA	
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMÍNIO 01 JOSÉ WALTER		CONTATO	
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE			
CEP 60.748-030					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTADO DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.				LESIONES AVILIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO				ESCALA DE DOR 88 (ADULTO)	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALTERAÇÕES NEGA		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERMELHO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE		GLUCEMIA NI	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/09/2019 04:05:40			
ATENDIMENTO MÉDICO					
A. H. RESE <i>Resende, R., vítima acidente de moto ocorrido em 21/09/2019, sob o número 021991693208060001 id: 021991693208060001 / 021991693208060001 / 021991693208060001 / 021991693208060001 / 021991693208060001 Fratura exposta de pé direito</i>					
DIAGNÓSTICO SISTOLÓGICO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS		DOS PROCEDIMENTOS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Transmissão de S. 21/09/2019 04:05:40</i>		<i>Rx de pé direito</i>		<i>021991693208060001</i>	
TIPO DE ALTA/SADA					
ALTA/SADA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

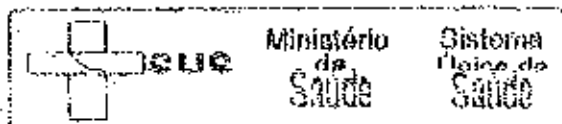
Impresso por delania barbosa ferreira costa em 21/09/2019 04:05:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03/12/19
Delania

04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001
04.381.1991693208060001

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAYARA CAVALCANTE LIMA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 23/03/2020 às 19:45, sob o número 021991693208060001 e código 6357078. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 021991693208060001 e código 6357078.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da origem

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana de Jesus Barreto

6 - HOSPITALAR

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

27/06/1998

9 - SEXO

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

11 - CID

12 - CID

13 - CID

14 - CID

15 - CID

16 - CID

17 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente, 22 anos, vítima de acidente de trânsito com Fx. Fechada do pé direito.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurotrauma de membros

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (EXATOS E INEXATOS)

Rx + Ex físico

21 - CID

22 - CID

23 - CID

24 - CID

25 - CID

26 - CID

27 - CID

28 - CID

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Desmembre de membros

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31 - CID

32 - CID

33 - CID

34 - CID

35 - CID

36 - CID

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Yvone Maria Albuquerque

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/06/2020

39 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

27/06/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - CID

41 - CID

42 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

43 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

44 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

45 - CID

46 - CID

47 - CID

48 - CID

49 - CID

50 - CID

51 - CID

52 - CID

53 - CID

54 - CID

55 - CID

56 - CID

57 - CID

58 - CID

59 - CID

60 - CID

61 - CID

62 - CID

63 - CID

64 - CID

65 - CID

66 - CID

67 - CID

68 - CID

69 - CID

70 - CID

AUTORIZAÇÃO

71 - CID

72 - CID

73 - CID

74 - CID

75 - CID

76 - CID

77 - CID

78 - CID

79 - CID

80 - CID

81 - CID

82 - CID

83 - CID

84 - CID

85 - CID

86 - CID

87 - CID

88 - CID

89 - CID

90 - CID

91 - CID

92 - CID

93 - CID

94 - CID

95 - CID

96 - CID

97 - CID

98 - CID

99 - CID

100 - CID

101 - CID

102 - CID

103 - CID

104 - CID

105 - CID

106 - CID

107 - CID

108 - CID

109 - CID

110 - CID

111 - CID

112 - CID

113 - CID

114 - CID

115 - CID

116 - CID

117 - CID

118 - CID

119 - CID

120 - CID

121 - CID

122 - CID

123 - CID

124 - CID

125 - CID

126 - CID

127 - CID

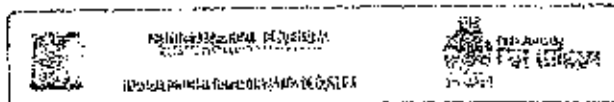
128 - CID

129 - CID

130 - CID

03/12/19

Gráf. HDEBO-SAM-AM-005



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRICULA NO HOSPITAL

PACIENTE		Alexsandro de Souza Barbosa	
DATA OPERAÇÃO	24 / 09 / 19	GRUPO SANGÜÍNEO	
1ª AUXILIAR	Marcelo	2ª AUXILIAR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		FX L. espal. L. (D)	
TIPO DE OPERAÇÃO		Ligapex cirurgica + fixação 3º PDD / FK	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		D. D. D. D.	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADICOLÓGICO NO ATÓ			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DIRETA 3-0-0 SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

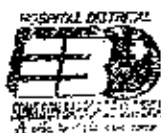
- 1) Ponte de SDDH de 10cm - / Ligapex com 3-0-0
- 2) SUTURA
- 3) Ligapex excisão 3-0-0
- 4) Observação operante de 10cm de 10cm de 10cm de 10cm
- 5) Fixação com 3-0-0
- 6) Sutura por plano
- 7) A SUTURA

Dr. Breno Costa
Cirurgião Geral
R. 172-173-174-175

03/12/19

Delim

Gratidão SANE Desc Oper - 103



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jorge Velho Torres Coelho, 1578 - CEP: 04.673-197 - 5002-254 - Fortaleza - CE - 5105.1550

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ALVES MONTEIRO R. 5002 B. B. B.

Freio de mão motor 10.550
Justificativa: Entenda melhor

Carteira FILMADO - Medicamentos

Uma Exatidão de MEDICINA - Medicamentos

Fortaleza, 26 de 11 de 19

Leonardo Pente Queiroz
Cirurgião do Pê e Tornozelo
CRM 944 - RQE 4538

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Emilson Barros de Oliveira
Av. da J. J. Costa, 1000 - Centro - Fortaleza - CE - CEP: 60010-000 - Fone: (85) 3106.1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE: Alexandre de Souza Barbosa

Paciente em recuperação de
fratura do antebraço (2) ainda
com consolidação completa. Segue
nos exames de acompanhamento
do trabalho
597.3

Clínica HUBED - Missalândia

Clínica HUBED - Missalândia

Leonardo Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 de 2019.

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Fortaleza, Tororor, Ceará - CEP: 64.069-120 - Fortaleza - CE - 3135.1562

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Leonardo Souza Sampaio

1/ Retiro 08/10/19 6h00

2/ Sinais vitais

15/10 6h00

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Leonardo Pente Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538
Ass. e Carimbo do Profissional

CENº 014059445114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

**05891117363 O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT Nº 05891117363
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

WWW.SeguradoraFidel.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014059445114 44875180235

DATA EMISSÃO	EXERCÍCIO	PLACA
2018	2018	05/10/2018

RENAVAM	CPF / CNPJ	MARCA / MODELO	HABRASIL
05891117363		HONDA / CBX	250 - TALSTER

ANO FAB.	Q.T. UNID.	Nº CHASSI
2002	09	9CZMC35002R031869

PNS (R\$)	DENOMINAR (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0,20	5,00	50,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)	Q.F. (R\$)	TOTAL DO VENC. SEGURO (R\$)
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
X		03/10/2018

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PORCHANDER - DPVAT

LOTS/DOS: 221 CUB 623 500 1869

MOTOR: MC85E-2031869

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

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.



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo n.º: **0219916-93.2020.8.06.0001**
Classe – Assunto: **Procedimento Comum - Seguro**
Requerente: **Alexsandro de Sousa Barbosa**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

CITE-SE a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, tomar ciência da presente ação e apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC.

Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Fortaleza/CE, 27 de março de 2020.

Jose Maria dos Santos Sales
Juiz

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0219916-93.2020.8.06.0001**
Apenso:
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Alexsandro de Sousa Barbosa**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 13/04/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "R.H. Defiro a gratuidade judiciária. Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, § 4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica. CITE-SE a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, tomar ciência da presente ação e apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC. Determino, outrossim, a intimação da requerida para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial."

Fortaleza/CE, 13 de abril de 2020.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame

físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4º E 5º DEDO DO PÉ DIREITO. POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4º E 5º DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75%.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

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



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade Goda
11 - Bairro: Pref. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 herdeiros (vivos)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 293 do Código Penal.

31

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: Fortaleza 28/12/19

Alexsandro de Sousa Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

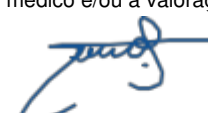
Número do Sinistro: 3200000530
Nome do(a) Examinado(a): Alexsandro de Sousa Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cedro 101, S/N Bl 01 Ap 04 Cidade Jd 1
Pref Jose Walter Fortaleza CE CEP: 60766-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2229868
Data local do acidente: [21/09/2019]
Data local do exame: [02/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 21/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

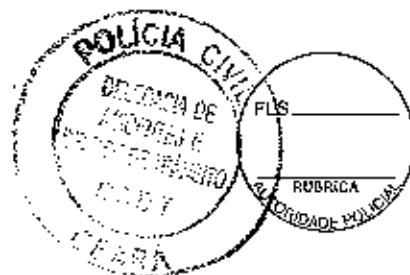
Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019920495



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
 Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
 Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35002R031869 Renavam: **780175522** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
 Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.///////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB, PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
 Del. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade Goda
11 - Bairro: Pref. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 herdeiros (vivos)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 293 do Código Penal.

31

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: Fortaleza 28/12/19

Alexsandro de Sousa Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

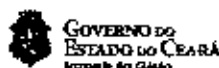
CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 78B2C5A1645D3532



2º Via
Nº de Inscrição:
0010494308

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
End. Entrega: RUA CEDRO - CHADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID. JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER
Cidade: FORTALEZA CEP: 60.740-022
End. Entrega: CEP:
Local: 001 Setor: 059 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residência: 001 | Comércio: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Voltagem	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A13L765292	416	425	9	10

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 | Enchimento: 03/12/2019 | Leitura Anterior: 04/12/2019 | Primeira Leitura: 02/01/2020
Linha Água: 1584135 | Linha Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Análises	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Indigênas	526	526	125	526	526
Análises	526	527	526	526	526
Em conformidade	527	526	518	516	526

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 5 m³ | META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA 28,30	M4/Ant 11
ESGOTO 22,64	OUT/2019 8
JUROS DE 0,033% AO DIA 1/1 0,52	
CREDITO-PAG/LANÇAMENTO 1/1 -24,94	
JUROS/MULTA TARIFA 1/1 0,06	
CONTINGENCIA	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
-----------	-------------	----------	-------------

MÊS/ANO
12/2019

VENCIMENTO
16/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
26,87

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parcela 1 - 26,87 (R\$) - 12/12/2019
Parcela 2 - 26,87 (R\$) - 01/01/2020
Parcela 3 - 26,87 (R\$) - 15/01/2020
Parcela 4 - 26,87 (R\$) - 29/01/2020
Parcela 5 - 26,87 (R\$) - 12/02/2020
Parcela 6 - 26,87 (R\$) - 26/02/2020
Parcela 7 - 26,87 (R\$) - 12/03/2020
Parcela 8 - 26,87 (R\$) - 26/03/2020
Parcela 9 - 26,87 (R\$) - 09/04/2020
Parcela 10 - 26,87 (R\$) - 23/04/2020
Parcela 11 - 26,87 (R\$) - 07/05/2020
Parcela 12 - 26,87 (R\$) - 21/05/2020
Parcela 13 - 26,87 (R\$) - 04/06/2020
Parcela 14 - 26,87 (R\$) - 18/06/2020
Parcela 15 - 26,87 (R\$) - 02/07/2020
Parcela 16 - 26,87 (R\$) - 16/07/2020
Parcela 17 - 26,87 (R\$) - 30/07/2020
Parcela 18 - 26,87 (R\$) - 13/08/2020
Parcela 19 - 26,87 (R\$) - 27/08/2020
Parcela 20 - 26,87 (R\$) - 10/09/2020
Parcela 21 - 26,87 (R\$) - 24/09/2020
Parcela 22 - 26,87 (R\$) - 08/10/2020
Parcela 23 - 26,87 (R\$) - 22/10/2020
Parcela 24 - 26,87 (R\$) - 05/11/2020
Parcela 25 - 26,87 (R\$) - 19/11/2020
Parcela 26 - 26,87 (R\$) - 03/12/2020
Parcela 27 - 26,87 (R\$) - 17/12/2020
Parcela 28 - 26,87 (R\$) - 31/12/2020
Parcela 29 - 26,87 (R\$) - 14/01/2021
Parcela 30 - 26,87 (R\$) - 28/01/2021
Parcela 31 - 26,87 (R\$) - 11/02/2021
Parcela 32 - 26,87 (R\$) - 25/02/2021
Parcela 33 - 26,87 (R\$) - 11/03/2021
Parcela 34 - 26,87 (R\$) - 25/03/2021
Parcela 35 - 26,87 (R\$) - 08/04/2021
Parcela 36 - 26,87 (R\$) - 22/04/2021
Parcela 37 - 26,87 (R\$) - 06/05/2021
Parcela 38 - 26,87 (R\$) - 20/05/2021
Parcela 39 - 26,87 (R\$) - 03/06/2021
Parcela 40 - 26,87 (R\$) - 17/06/2021
Parcela 41 - 26,87 (R\$) - 01/07/2021
Parcela 42 - 26,87 (R\$) - 15/07/2021
Parcela 43 - 26,87 (R\$) - 29/07/2021
Parcela 44 - 26,87 (R\$) - 12/08/2021
Parcela 45 - 26,87 (R\$) - 26/08/2021
Parcela 46 - 26,87 (R\$) - 09/09/2021
Parcela 47 - 26,87 (R\$) - 23/09/2021
Parcela 48 - 26,87 (R\$) - 07/10/2021
Parcela 49 - 26,87 (R\$) - 21/10/2021
Parcela 50 - 26,87 (R\$) - 04/11/2021
Parcela 51 - 26,87 (R\$) - 18/11/2021
Parcela 52 - 26,87 (R\$) - 02/12/2021
Parcela 53 - 26,87 (R\$) - 16/12/2021
Parcela 54 - 26,87 (R\$) - 30/12/2021
Parcela 55 - 26,87 (R\$) - 13/01/2022
Parcela 56 - 26,87 (R\$) - 27/01/2022
Parcela 57 - 26,87 (R\$) - 10/02/2022
Parcela 58 - 26,87 (R\$) - 24/02/2022
Parcela 59 - 26,87 (R\$) - 09/03/2022
Parcela 60 - 26,87 (R\$) - 23/03/2022
Parcela 61 - 26,87 (R\$) - 06/04/2022
Parcela 62 - 26,87 (R\$) - 20/04/2022
Parcela 63 - 26,87 (R\$) - 04/05/2022
Parcela 64 - 26,87 (R\$) - 18/05/2022
Parcela 65 - 26,87 (R\$) - 01/06/2022
Parcela 66 - 26,87 (R\$) - 15/06/2022
Parcela 67 - 26,87 (R\$) - 29/06/2022
Parcela 68 - 26,87 (R\$) - 13/07/2022
Parcela 69 - 26,87 (R\$) - 27/07/2022
Parcela 70 - 26,87 (R\$) - 10/08/2022
Parcela 71 - 26,87 (R\$) - 24/08/2022
Parcela 72 - 26,87 (R\$) - 07/09/2022
Parcela 73 - 26,87 (R\$) - 21/09/2022
Parcela 74 - 26,87 (R\$) - 05/10/2022
Parcela 75 - 26,87 (R\$) - 19/10/2022
Parcela 76 - 26,87 (R\$) - 02/11/2022
Parcela 77 - 26,87 (R\$) - 16/11/2022
Parcela 78 - 26,87 (R\$) - 30/11/2022
Parcela 79 - 26,87 (R\$) - 14/12/2022
Parcela 80 - 26,87 (R\$) - 28/12/2022
Parcela 81 - 26,87 (R\$) - 11/01/2023
Parcela 82 - 26,87 (R\$) - 25/01/2023
Parcela 83 - 26,87 (R\$) - 08/02/2023
Parcela 84 - 26,87 (R\$) - 22/02/2023
Parcela 85 - 26,87 (R\$) - 06/03/2023
Parcela 86 - 26,87 (R\$) - 20/03/2023
Parcela 87 - 26,87 (R\$) - 03/04/2023
Parcela 88 - 26,87 (R\$) - 17/04/2023
Parcela 89 - 26,87 (R\$) - 01/05/2023
Parcela 90 - 26,87 (R\$) - 15/05/2023
Parcela 91 - 26,87 (R\$) - 29/05/2023
Parcela 92 - 26,87 (R\$) - 12/06/2023
Parcela 93 - 26,87 (R\$) - 26/06/2023
Parcela 94 - 26,87 (R\$) - 10/07/2023
Parcela 95 - 26,87 (R\$) - 24/07/2023
Parcela 96 - 26,87 (R\$) - 07/08/2023
Parcela 97 - 26,87 (R\$) - 21/08/2023
Parcela 98 - 26,87 (R\$) - 04/09/2023
Parcela 99 - 26,87 (R\$) - 18/09/2023
Parcela 100 - 26,87 (R\$) - 02/10/2023
Parcela 101 - 26,87 (R\$) - 16/10/2023
Parcela 102 - 26,87 (R\$) - 30/10/2023
Parcela 103 - 26,87 (R\$) - 13/11/2023
Parcela 104 - 26,87 (R\$) - 27/11/2023
Parcela 105 - 26,87 (R\$) - 11/12/2023
Parcela 106 - 26,87 (R\$) - 25/12/2023
Parcela 107 - 26,87 (R\$) - 08/01/2024
Parcela 108 - 26,87 (R\$) - 22/01/2024
Parcela 109 - 26,87 (R\$) - 05/02/2024
Parcela 110 - 26,87 (R\$) - 19/02/2024
Parcela 111 - 26,87 (R\$) - 03/03/2024
Parcela 112 - 26,87 (R\$) - 17/03/2024
Parcela 113 - 26,87 (R\$) - 31/03/2024
Parcela 114 - 26,87 (R\$) - 14/04/2024
Parcela 115 - 26,87 (R\$) - 28/04/2024
Parcela 116 - 26,87 (R\$) - 12/05/2024
Parcela 117 - 26,87 (R\$) - 26/05/2024
Parcela 118 - 26,87 (R\$) - 09/06/2024
Parcela 119 - 26,87 (R\$) - 23/06/2024
Parcela 120 - 26,87 (R\$) - 07/07/2024
Parcela 121 - 26,87 (R\$) - 21/07/2024
Parcela 122 - 26,87 (R\$) - 04/08/2024
Parcela 123 - 26,87 (R\$) - 18/08/2024
Parcela 124 - 26,87 (R\$) - 01/09/2024
Parcela 125 - 26,87 (R\$) - 15/09/2024
Parcela 126 - 26,87 (R\$) - 29/09/2024
Parcela 127 - 26,87 (R\$) - 13/10/2024
Parcela 128 - 26,87 (R\$) - 27/10/2024
Parcela 129 - 26,87 (R\$) - 10/11/2024
Parcela 130 - 26,87 (R\$) - 24/11/2024
Parcela 131 - 26,87 (R\$) - 08/12/2024
Parcela 132 - 26,87 (R\$) - 22/12/2024
Parcela 133 - 26,87 (R\$) - 05/01/2025
Parcela 134 - 26,87 (R\$) - 19/01/2025
Parcela 135 - 26,87 (R\$) - 02/02/2025
Parcela 136 - 26,87 (R\$) - 16/02/2025
Parcela 137 - 26,87 (R\$) - 03/03/2025
Parcela 138 - 26,87 (R\$) - 17/03/2025
Parcela 139 - 26,87 (R\$) - 31/03/2025
Parcela 140 - 26,87 (R\$) - 14/04/2025
Parcela 141 - 26,87 (R\$) - 28/04/2025
Parcela 142 - 26,87 (R\$) - 12/05/2025
Parcela 143 - 26,87 (R\$) - 26/05/2025
Parcela 144 - 26,87 (R\$) - 09/06/2025
Parcela 145 - 26,87 (R\$) - 23/06/2025
Parcela 146 - 26,87 (R\$) - 07/07/2025
Parcela 147 - 26,87 (R\$) - 21/07/2025
Parcela 148 - 26,87 (R\$) - 04/08/2025
Parcela 149 - 26,87 (R\$) - 18/08/2025
Parcela 150 - 26,87 (R\$) - 01/09/2025
Parcela 151 - 26,87 (R\$) - 15/09/2025
Parcela 152 - 26,87 (R\$) - 29/09/2025
Parcela 153 - 26,87 (R\$) - 13/10/2025
Parcela 154 - 26,87 (R\$) - 27/10/2025
Parcela 155 - 26,87 (R\$) - 10/11/2025
Parcela 156 - 26,87 (R\$) - 24/11/2025
Parcela 157 - 26,87 (R\$) - 08/12/2025
Parcela 158 - 26,87 (R\$) - 22/12/2025
Parcela 159 - 26,87 (R\$) - 05/01/2026
Parcela 160 - 26,87 (R\$) - 19/01/2026
Parcela 161 - 26,87 (R\$) - 02/02/2026
Parcela 162 - 26,87 (R\$) - 16/02/2026
Parcela 163 - 26,87 (R\$) - 03/03/2026
Parcela 164 - 26,87 (R\$) - 17/03/2026
Parcela 165 - 26,87 (R\$) - 31/03/2026
Parcela 166 - 26,87 (R\$) - 14/04/2026
Parcela 167 - 26,87 (R\$) - 28/04/2026
Parcela 168 - 26,87 (R\$) - 12/05/2026
Parcela 169 - 26,87 (R\$) - 26/05/2026
Parcela 170 - 26,87 (R\$) - 09/06/2026
Parcela 171 - 26,87 (R\$) - 23/06/2026
Parcela 172 - 26,87 (R\$) - 07/07/2026
Parcela 173 - 26,87 (R\$) - 21/07/2026
Parcela 174 - 26,87 (R\$) - 04/08/2026
Parcela 175 - 26,87 (R\$) - 18/08/2026
Parcela 176 - 26,87 (R\$) - 01/09/2026
Parcela 177 - 26,87 (R\$) - 15/09/2026
Parcela 178 - 26,87 (R\$) - 29/09/2026
Parcela 179 - 26,87 (R\$) - 13/10/2026
Parcela 180 - 26,87 (R\$) - 27/10/2026
Parcela 181 - 26,87 (R\$) - 10/11/2026
Parcela 182 - 26,87 (R\$) - 24/11/2026
Parcela 183 - 26,87 (R\$) - 08/12/2026
Parcela 184 - 26,87 (R\$) - 22/12/2026
Parcela 185 - 26,87 (R\$) - 05/01/2027
Parcela 186 - 26,87 (R\$) - 19/01/2027
Parcela 187 - 26,87 (R\$) - 02/02/2027
Parcela 188 - 26,87 (R\$) - 16/02/2027
Parcela 189 - 26,87 (R\$) - 03/03/2027
Parcela 190 - 26,87 (R\$) - 17/03/2027
Parcela 191 - 26,87 (R\$) - 31/03/2027
Parcela 192 - 26,87 (R\$) - 14/04/2027
Parcela 193 - 26,87 (R\$) - 28/04/2027
Parcela 194 - 26,87 (R\$) - 12/05/2027
Parcela 195 - 26,87 (R\$) - 26/05/2027
Parcela 196 - 26,87 (R\$) - 09/06/2027
Parcela 197 - 26,87 (R\$) - 23/06/2027
Parcela 198 - 26,87 (R\$) - 07/07/2027
Parcela 199 - 26,87 (R\$) - 21/07/2027
Parcela 200 - 26,87 (R\$) - 04/08/2027
Parcela 201 - 26,87 (R\$) - 18/08/2027
Parcela 202 - 26,87 (R\$) - 01/09/2027
Parcela 203 - 26,87 (R\$) - 15/09/2027
Parcela 204 - 26,87 (R\$) - 29/09/2027
Parcela 205 - 26,87 (R\$) - 13/10/2027
Parcela 206 - 26,87 (R\$) - 27/10/2027
Parcela 207 - 26,87 (R\$) - 10/11/2027
Parcela 208 - 26,87 (R\$) - 24/11/2027
Parcela 209 - 26,87 (R\$) - 08/12/2027
Parcela 210 - 26,87 (R\$) - 22/12/2027
Parcela 211 - 26,87 (R\$) - 05/01/2028
Parcela 212 - 26,87 (R\$) - 19/01/2028
Parcela 213 - 26,87 (R\$) - 02/02/2028
Parcela 214 - 26,87 (R\$) - 16/02/2028
Parcela 215 - 26,87 (R\$) - 03/03/2028
Parcela 216 - 26,87 (R\$) - 17/03/2028
Parcela 217 - 26,87 (R\$) - 31/03/2028
Parcela 218 - 26,87 (R\$) - 14/04/2028
Parcela 219 - 26,87 (R\$) - 28/04/2028
Parcela 220 - 26,87 (R\$) - 12/05/2028
Parcela 221 - 26,87 (R\$) - 26/05/2028
Parcela 222 - 26,87 (R\$) - 09/06/2028
Parcela 223 - 26,87 (R\$) - 23/06/2028
Parcela 224 - 26,87 (R\$) - 07/07/2028
Parcela 225 - 26,87 (R\$) - 21/07/2028
Parcela 226 - 26,87 (R\$) - 04/08/2028
Parcela 227 - 26,87 (R\$) - 18/08/2028
Parcela 228 - 26,87 (R\$) - 01/09/2028
Parcela 229 - 26,87 (R\$) - 15/09/2028
Parcela 230 - 26,87 (R\$) - 29/09/2028
Parcela 231 - 26,87 (R\$) - 13/10/2028
Parcela 232 - 26,87 (R\$) - 27/10/2028
Parcela 233 - 26,87 (R\$) - 10/11/2028
Parcela 234 - 26,87 (R\$) - 24/11/2028
Parcela 235 - 26,87 (R\$) - 08/12/2028
Parcela 236 - 26,87 (R\$) - 22/12/2028
Parcela 237 - 26,87 (R\$) - 05/01/2029
Parcela 238 - 26,87 (R\$) - 19/01/2029
Parcela 239 - 26,87 (R\$) - 02/02/2029
Parcela 240 - 26,87 (R\$) - 16/02/2029
Parcela 241 - 26,87 (R\$) - 03/03/2029
Parcela 242 - 26,87 (R\$) - 17/03/2029
Parcela 243 - 26,87 (R\$) - 31/03/2029
Parcela 244 - 26,87 (R\$) - 14/04/2029
Parcela 245 - 26,87 (R\$) - 28/04/2029
Parcela 246 - 26,87 (R\$) - 12/05/2029
Parcela 247 - 26,87 (R\$) - 26/05/2029
Parcela 248 - 26,87 (R\$) - 09/06/2029
Parcela 249 - 26,87 (R\$) - 23/06/2029
Parcela 250 - 26,87 (R\$) - 07/07/2029
Parcela 251 - 26,87 (R\$) - 21/07/2029
Parcela 252 - 26,87 (R\$) - 04/08/2029
Parcela 253 - 26,87 (R\$) - 18/08/2029
Parcela 254 - 26,87 (R\$) - 01/09/2029
Parcela 255 - 26,87 (R\$) - 15/09/2029
Parcela 256 - 26,87 (R\$) - 29/09/2029
Parcela 257 - 26,87 (R\$) - 13/10/2029
Parcela 258 - 26,87 (R\$) - 27/10/2029
Parcela 259 - 26,87 (R\$) - 10/11/2029
Parcela 260 - 26,87 (R\$) - 24/11/2029
Parcela 261 - 26,87 (R\$) - 08/12/2029
Parcela 262 - 26,87 (R\$) - 22/12/2029
Parcela 263 - 26,87 (R\$) - 05/01/2030
Parcela 264 - 26,87 (R\$) - 19/01/2030
Parcela 265 - 26,87 (R\$) - 02/02/2030
Parcela 266 - 26,87 (R\$) - 16/02/2030
Parcela 267 - 26,87 (R\$) - 03/03/2030
Parcela 268 - 26,87 (R\$) - 17/03/2030
Parcela 269 - 26,87 (R\$) - 31/03/2030
Parcela 270 - 26,87 (R\$) - 14/04/2030
Parcela 271 - 26,87 (R\$) - 28/04/2030
Parcela 272 - 26,87 (R\$) - 12/05/2030
Parcela 273 - 26,87 (R\$) - 26/05/2030
Parcela 274 - 26,87 (R\$) - 09/06/2030
Parcela 275 - 26,87 (R\$) - 23/06/2030
Parcela 276 - 26,87 (R\$) - 07/07/2030
Parcela 277 - 26,87 (R\$) - 21/07/2030
Parcela 278 - 26,87 (R\$) - 04/08/2030
Parcela 279 - 26,87 (R\$) - 18/08/2030
Parcela 280 - 26,87 (R\$) - 01/09/2030
Parcela 281 - 26,87 (R\$) - 15/09/2030
Parcela 282 - 26,87 (R\$) - 29/09/2030
Parcela 283 - 26,87 (R\$) - 13/10/2030
Parcela 284 - 26,87 (R\$) - 27/10/2030
Parcela 285 - 26,87 (R\$) - 10/11/2030
Parcela 286 - 26,87 (R\$) - 24/11/2030
Parcela 287 - 26,87 (R\$) - 08/12/2030
Parcela 288 - 26,87 (R\$) - 22/12/2030
Parcela 289 - 26,87 (R\$) - 05/01/2031
Parcela 290 - 26,87 (R\$) - 19/01/2031
Parcela 291 - 26,87 (R\$) - 02/02/2031
Parcela 292 - 26,87 (R\$) - 16/02/2031
Parcela 293 - 26,87 (R\$) - 03/03/2031
Parcela 294 - 26,87 (R\$) - 17/03/2031
Parcela 295 - 26,87 (R\$) - 31/03/2031
Parcela 296 - 26,87 (R\$) - 14/04/2031
Parcela 297 - 26,87 (R\$) - 28/04/2031
Parcela 298 - 26,87 (R\$) - 12/05/2031
Parcela 299 - 26,87 (R\$) - 26/05/2031
Parcela 300 - 26,87 (R\$) - 09/06/2031
Parcela 301 - 26,87 (R\$) - 23/06/2031
Parcela 302 - 26,87 (R\$) - 07/07/2031
Parcela 303 - 26,87 (R\$) - 21/07/2031
Parcela 304 - 26,87 (R\$) - 04/08/2031
Parcela 305 - 26,87 (R\$) - 18/08/2031
Parcela 306 - 26,87 (R\$) - 01/09/2031
Parcela 307 - 26,87 (R\$) - 15/09/2031
Parcela 308 - 26,87 (R\$) - 29/09/2031
Parcela 309 - 26,87 (R\$) - 13/10/2031
Parcela 310 - 26,87 (R\$) - 27/10/2031
Parcela 311 - 26,87 (R\$) - 10/11/2031
Parcela 312 - 26,87 (R\$) - 24/11/2031
Parcela 313 - 26,87 (R\$) - 08/12/2031
Parcela 314 - 26,87 (R\$) - 22/12/2031
Parcela 315 - 26,87 (R\$) - 05/01/2032
Parcela 316 - 26,87 (R\$) - 19/01/2032
Parcela 317 - 26,87 (R\$) - 02/02/2032
Parcela 318 - 26,87 (R\$) - 16/02/2032
Parcela 319 - 26,87 (R\$) - 03/03/2032
Parcela 320 - 26,87 (R\$) - 17/03/2032
Parcela 321 - 26,87 (R\$) - 31/03/2032
Parcela 322 - 26,87 (R\$) - 14/04/2032
Parcela 323 - 26,87 (R\$) - 28/04/2032
Parcela 324 - 26,87 (R\$) - 12/05/2032
Parcela 325 - 26,87 (R\$) - 26/05/2032
Parcela 326 - 26,87 (R\$) - 09/06/2032
Parcela 327 - 26,87 (R\$) - 23/06/2032
Parcela 328 - 26,87 (R\$) - 07/07/2032
Parcela 329 - 26,87 (R\$) - 21/07/2032
Parcela 330 - 26,87 (R\$) - 04/08/2032
Parcela 331 - 26,87 (R\$) - 18/08/2032
Parcela 332 - 26,87 (R\$) - 01/09/2032
Parcela 333 - 26,87 (R\$) - 15/09/2032
Parcela 334 - 26,87 (R\$) - 29/09/2032
Parcela 335 - 26,87 (R\$) - 13/10/2032
Parcela 336 - 26,8



Fatūra Mensal
AGE JOSEF M.

Prof. Luciano Veloso Gonçalves, VCCP – Rua Urubatan – 894 | Ribeirão Preto | SP | 13061-900
 E-mail: veloso@vccp.com.br | veloso@vccp.com.br | veloso@vccp.com.br



EDD, ROSE WALTER DE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
761-245 FORTALEZA

Para falar com a Capote, você ligue 0800 275 0185, ou, se preferir, collecao@lume.com.br ou nos der atendimento, entre 9h às 17h.

Inscrição	Local	Sector	Quadrante	Lote	Complemento	Responsável	Sequência
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000221

ECONOMÍAS			SITUACIÓN	
	Comercial	Industrial	Públicas	Exporto
Residenciales	001	000	000	000

ଓଡ଼ିଶା ପରିସରରେ ଥିବା ଶ୍ରମିକମାନଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କରେ ୨୦୨୩-୨୪ ଏବଂ ୨୦୨୪-୨୫ ମଧ୍ୟରେ

Compare a qualidade da qualidade do água distribuída dispostos nesta tabela com os dados estabelecidos pela Portaria 2816/77 do Ministério da Saúde.

Parámetro	Unidades (U)	pH	Cor. (U/L)	Color (mg/L)	CT (U)	CTTRe Cor
Parámetro de Calidad	6.0	6.0 ± 0.6	19	Mín. 0.2	-	Augusto

*. Sattelpunkt (Selle) ist ein Punkt, an dem eine Funktion ihren Wendepunkt hat. Er ist der einzige Punkt, an dem die Funktion ihren Wendepunkt hat. Er ist der einzige Punkt, an dem die Funktion ihren Wendepunkt hat.

Conheço os Parâmetros

1. The following information is for the purpose of providing a general overview of the project and is not intended to be a substitute for a detailed project plan or other project management documents.

ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

Co: Omani pavalid: 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865,

Cloro: Producto químico utilizado para eliminar bacterias.

Coliformes Totais (CT): Isolados e identificados para maiores con-

Coliforms: Termolactobacterium / E. Coli (CTT/E.COM); Indu:

உணர்வுகள் அறிமுகம் (Introduction).

Ente condominios, a seguir estão informações em local

OBSERVAÇÃO: Detecção anormal, medidas corretivas[illegible]

Em Resolução 02, Art. 4º §1.º - ACFCH;

Agencia Reguladora de Fortalezas: ACCFIRE D000 2985 11

उत्तराखण्ड : जम्मू काश्मीर

[illegible]

CALL FOR INFO: 800.445.2600

Atualize seu CPF, procure uma das nossas Lojas de Atendimento ou ligue para 0800-010-0000 para atualizar.

ಪ್ರತಿಭಾನ್ವಿತರನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿರುವುದು. ಇದರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿರುವುದು. ಇದರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿರುವುದು.

to get a lot of information about the company, its products, and its services. The company is a leading provider of information services, and it has a strong reputation for quality and reliability. The company is also a leader in the development of new technologies, and it is constantly investing in research and development. The company is a great place to work, and it offers a wide range of opportunities for growth and advancement. The company is a great place to work, and it offers a wide range of opportunities for growth and advancement.

10

[illegible]

☐ **1^{re} MANOV. N°10 LOCALIZADOR**

☐ Please use a separate sheet of paper.

WATER RESOURCES BOARD

RECUSSOU-SE À RECEBER

10

1

References

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO BATISTA DE LIMA NETO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671604173, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alexsandro de S. BARBOSA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803, 43
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro de S. Barbosa
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803, 43, 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>R. Diamante</u>	Número: <u>27</u>	Complemento: <u>Bl. S. Jangel</u>
Bairro: <u>Manupuzim</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	CEP: <u>60761445</u>
E-mail: <u>atendimento.lima@seguros@Gmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>85/988094186</u>	

Local e Data: Fortaleza 28/12/19
João Batista Lima Neto
Assinatura do Declarante



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

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA						DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5161297		Nº DO BC 372115	
CASUS						NASCIMENTO 07/06/1988(21 ANOS)		SEXO M		RACIALETHNICITY PARDO	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343						ENDEREÇO RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMÍNIO 01 JOSÉ WALTER					
NOME RESPONSÁVEL NI						NOVUE NAME MARIA DAS GRACAS DE SOUSA					
MUNICÍPIO FORTALEZA						UF CE					
CEP 60.748-030											
OCORRÊNCIA											
LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTADO(S) DO ACIDENTE											
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO											
QUEDA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.						LACTING AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA					
SINTOMAS FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO						ESCALA DE DOR 88 (ADULTO)					
SINAIS VITAIS											
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI		GLICOSE NI			
TEMPERATURA NI °C		ALTERAÇÕES NEGA									
CLASSIFICAÇÃO VERMELHO						RESPONSÁVEL PEL(A) CLASSIFICAÇÃO DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE					
						DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/09/2019 04:05:48					
ÁREA ATENDIMENTO											
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA											
ATENDIMENTO MÉDICO											
ANAMNESE Knee, Rt., injury sustained by motor vehicle accident on Ex Highway fl. id: Brindam / Angora / Intercom hospital pt. primary complaint / rt knee Ex Exposed Rt. O											
DIAGNÓSTICO Ex Exposed Rt. O						DOO PROCEDIMENTO O					
SISTEMAS EXAMINADOS () HC () SU () US ABDOMINAL () TCC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS											
PRESCRIÇÃO MÉDICA											
MEDICAMENTO J Transmef - Stomach 100 mg						APRAZAMENTO Rxpt O - 7-08-19					
OBSERVAÇÕES											
TIPO DE ALTA/SAÍDA											
ALTA/MORTE () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS											
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPL () ANAT. PATOL.											
DATA E HORA DO ATENDIMENTO						CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

impresso por delfiana barbosa ferreira costa em 21/08/2019 04:05:40

Impresso por deliana barbosa teixeira costa em 21/08/2014 às 04:05:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALESSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03 12 19

Delany

PACIENTE: <u>Alexsandro de Souza Santos</u>	
DATA OPERAÇÃO: <u>28 / 09 / 19</u>	LEITO: <u>10</u>
1º AUXILIAR: <u>[assinatura]</u>	2º AUXILIAR: <u>[assinatura]</u>
ANESTESISTA: <u>[assinatura]</u>	TIPO DE ANESTESIA: <u>[assinatura]</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FX L. espal. L. (D)</u>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Ligapex cirurgico + fixação 3º PDD / FK</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>[assinatura]</u>	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA	
EXAME RADICOLÓGICO NO ATÓ	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

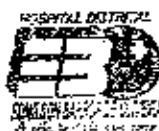
VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DIRETA 3-0 - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Ponte de SDAH - Ligapex com 3-0-18
- 2) ATALA
- 3) Ligapex excisão 3-0-18
- 4) Observação operante lesão de partes moles por lesões
- 5) Fixação com 3-0-18, 3-0-18, 3-0-18
- 6) Sutura por plano
- 7) A. SDAH

Dr. Breno Costa
 Cirurgião Geralista
 CRM 117216-1/SP

03/12/19

[assinatura]



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida José Alencar Gomes de Azevedo, 1578 - CEP: 04.473-197 - São José do Bonifácio, RJ - 5105-1550

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ALVES, MONTEIRO R. S. 5002 B. B. B.

Frequência média 10.5500
justificativa: anemia m. p. (C)

Cartão FIC - FIC - FIC

Uma Exatidão de HODON - M. A. 2000

Fortaleza, 26 de 11 de 19

Leonilda Pente Queiroz
Cirurgiã do Pê e Tornozelo
CRM 944 - RQE 4538

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Emilson Barros de Oliveira
Av. da Jovem Maria Torres Homem, 1573 - CNPJ: 06.755.197/0002-05 - Fortaleza - CE - 31061-500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alexsandre de Souza Barbosa

Paciente em recuperação de
fratura do antebraço (C) ainda
com consolidação completa. Segue
nos exames de acompanhamento
do trabalho
597.3

Gráica HUEDO - Missaljeq.

Gráica HUEDO - Missaljeq.

Leonardo Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 de 2019.

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Fortaleza, Tororá, Ceará, 15110 - CEP: 64.061-120 - Fortaleza - CE - 3135.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Leonardo Souza Sampaio

1/ Retens 08/10/19 6h0120

7/ Sandoia Aguiar

15110 6h0120

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Leonardo Sampaio Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538
Ass. e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838139995

NOME
ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA



DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. Nº
2229868 MT CE

CPF
616.823.603-43 DATA NASCIMENTO
07/06/1998

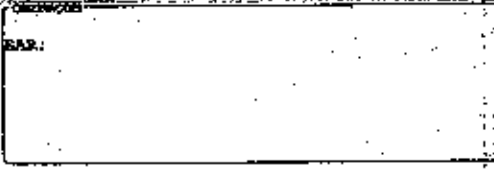
PAZ
PAULO BARBOSA DE
OLIVEIRA
MARIA DAS GRACAS DE
SOUSA

PROFISSÃO
ACC
CELEBRAR
AB

DATA DE EMISSÃO
16/04/2018
VALIDADEZ
16/04/2023



PROIBIDO PLASTIFICAR
1838139995



Alexandre de Sousa Barbosa

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
12/09/2019

Paulo Barbosa de Oliveira
MARCA D'ÁGUA
REPUBLICA DE BRASIL

03535428845
CB172394354

CEARÁ

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP

135.46427.19-9

NOME

9980170

MESE

001-0

UF

CE

Jão Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

PODERAR DIREITO





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Perícia Forense do Estado do Ceará

Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

Lesão Corporal (DPVAT)

Número: 2020.0065842

Páginas: 2/2

No dia 11 de Fevereiro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de acordo com o(a) Guia de número 117/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 91331

ENVOLVIDO(S)

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

PARECER:

Periciando informa que foi vítima de ocorrência de trânsito, colisão de um carro com sua motocicleta, fato ocorrido por volta das 3h30min do dia 21/09/2019. Foi atendido, internado, e submetido a tratamento cirurgico traumatológico no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - Frotinha de Messejana. Porta Registro de Atendimento de Emergência daquele hospital, onde esta registrado: "paciente sofreu acidente de moto, evoluindo com fratura exposta do pé direito. Realizada limpeza cirurgica e fixação óssea". Ao exame físico observa-se uma cicatriz linear na região dorsal do pé, medindo oito centímetros, e na região plantar, medindo quatro centímetros. Impossibilidade de realizar flexão e extensão dos dedos do pé direito. Andar claudicante.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim

Resposta ao 2º) Perda funcional incompleta do pé direito, orçada em 25%.

11 de Fevereiro de 2020

Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho
Médico Perito Legista Matrícula 1980791-6

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA 149965



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

2020.0065842

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 301-4408/2019

Documento solicitante: Guia - 117/2020

Órgão solicitante: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço <http://idpvat.pefoc.ce.gov.br> e informe o código

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame

físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4º E 5º DEDO DO PÉ DIREITO. POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4º E 5º DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75%.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Desempregado, residente e à Rua Pedro - Cidade Jardim, 101, Bloco A 04, bairro Pre. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 04.06.1978, CPF nº 61682380343, RG nº 07035783703, Emissor Detran CE em 12.09.2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo whatsapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa

Ocorrido(s) em 21.09.2019 cobertura IPA ☒ DAMS () MORTE ().

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de polícia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

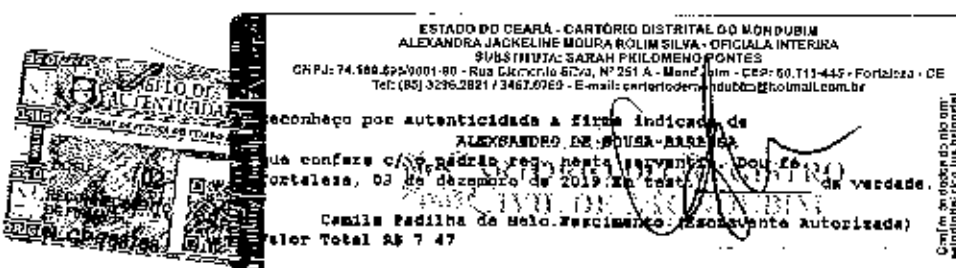
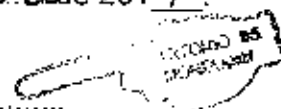
Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28 de Dezembro de 2019.

Alexandro de Sousa Barbosa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Número do Sinistro: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032

Data do acidente: 21/09/2019

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Análise: Complemento

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data: 04/03/2020 09:53:13

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	110,57	110,57
Materiais			100,00	100,00
Medicamentos			39,43	0,00
Total da Análise Atual			250,00	210,57

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima	2700,00	2489,43	2489,43	250,00	210,57	210,57
Total da Análise Atual	2700,00	2489,43	2489,43	250,00	210,57	210,57

TOTAL PLEITEADO: 2950,00

TOTAL AVALIADO: 2700,00

TOTAL PAGO + À PAGAR: 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 2.489,43

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 210,57

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade Goda
11 - Bairro: Prof. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 herdeiros (vivos)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 293 do Código Penal.

31

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: Fortaleza 28/12/19

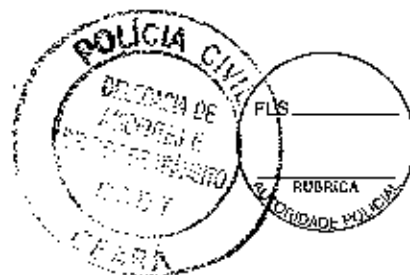
Alexsandro de Sousa Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019920495



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
 Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
 Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35002R031869 Renavam: **780175522** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
 Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.///////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB, PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
 Del. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 210,57

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 428051E68E7FE4EE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.489,43

*****TRANSFERIDO PARA:

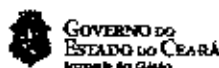
CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação F6F93F96EDBFA8D1



2º Via
Nº de Inscrição:
0010494308

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
End. Entrega: RUA CEDRO - CHADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID.JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER
Cidade: FORTALEZA CEP: 60.740-022
End. Entrega: CEP:
Local: 001 Setor: 059 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residência: 001 | Comércio: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Voltagem	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A13L765292	416	425	9	10

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 | Enchimento: 03/12/2019 | Leitura Anterior: 04/12/2019 | Primeira Leitura: 02/01/2020
Linha Água: 1584135
Linha Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Análises	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Indigênas	526	526	125	526	526
Análises	526	527	526	526	526
Em conformidade	527	526	518	516	526

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 5 m³ | META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA 28,30	Mês/Ano: 11/2019
ESGOTO 22,64	OUT/2019
JUROS DE 0,033% AO DIA 1/1 0,52	Água (m³) 11
CREDITO-PAG/LANÇAMENTO 1/1 -24,94	Esgoto (m³) 8
JUROS/MULTA TARIFA 1/1 0,06	
CONTINGENCIA	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
-----------	-------------	----------	-------------

MÊS/ANO
12/2019

VENCIMENTO
16/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
26,87

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parcela 1 - 26,87 (R\$) - 12/2019
Parcela 2 - 26,87 (R\$) - 01/2020
Parcela 3 - 26,87 (R\$) - 02/2020
Parcela 4 - 26,87 (R\$) - 03/2020
Parcela 5 - 26,87 (R\$) - 04/2020
Parcela 6 - 26,87 (R\$) - 05/2020
Parcela 7 - 26,87 (R\$) - 06/2020
Parcela 8 - 26,87 (R\$) - 07/2020
Parcela 9 - 26,87 (R\$) - 08/2020
Parcela 10 - 26,87 (R\$) - 09/2020
Parcela 11 - 26,87 (R\$) - 10/2020
Parcela 12 - 26,87 (R\$) - 11/2020
Parcela 13 - 26,87 (R\$) - 12/2020
Parcela 14 - 26,87 (R\$) - 01/2021
Parcela 15 - 26,87 (R\$) - 02/2021
Parcela 16 - 26,87 (R\$) - 03/2021
Parcela 17 - 26,87 (R\$) - 04/2021
Parcela 18 - 26,87 (R\$) - 05/2021
Parcela 19 - 26,87 (R\$) - 06/2021
Parcela 20 - 26,87 (R\$) - 07/2021
Parcela 21 - 26,87 (R\$) - 08/2021
Parcela 22 - 26,87 (R\$) - 09/2021
Parcela 23 - 26,87 (R\$) - 10/2021
Parcela 24 - 26,87 (R\$) - 11/2021
Parcela 25 - 26,87 (R\$) - 12/2021
Parcela 26 - 26,87 (R\$) - 01/2022
Parcela 27 - 26,87 (R\$) - 02/2022
Parcela 28 - 26,87 (R\$) - 03/2022
Parcela 29 - 26,87 (R\$) - 04/2022
Parcela 30 - 26,87 (R\$) - 05/2022
Parcela 31 - 26,87 (R\$) - 06/2022
Parcela 32 - 26,87 (R\$) - 07/2022
Parcela 33 - 26,87 (R\$) - 08/2022
Parcela 34 - 26,87 (R\$) - 09/2022
Parcela 35 - 26,87 (R\$) - 10/2022
Parcela 36 - 26,87 (R\$) - 11/2022
Parcela 37 - 26,87 (R\$) - 12/2022
Parcela 38 - 26,87 (R\$) - 01/2023
Parcela 39 - 26,87 (R\$) - 02/2023
Parcela 40 - 26,87 (R\$) - 03/2023
Parcela 41 - 26,87 (R\$) - 04/2023
Parcela 42 - 26,87 (R\$) - 05/2023
Parcela 43 - 26,87 (R\$) - 06/2023
Parcela 44 - 26,87 (R\$) - 07/2023
Parcela 45 - 26,87 (R\$) - 08/2023
Parcela 46 - 26,87 (R\$) - 09/2023
Parcela 47 - 26,87 (R\$) - 10/2023
Parcela 48 - 26,87 (R\$) - 11/2023
Parcela 49 - 26,87 (R\$) - 12/2023
Parcela 50 - 26,87 (R\$) - 01/2024
Parcela 51 - 26,87 (R\$) - 02/2024
Parcela 52 - 26,87 (R\$) - 03/2024
Parcela 53 - 26,87 (R\$) - 04/2024
Parcela 54 - 26,87 (R\$) - 05/2024
Parcela 55 - 26,87 (R\$) - 06/2024
Parcela 56 - 26,87 (R\$) - 07/2024
Parcela 57 - 26,87 (R\$) - 08/2024
Parcela 58 - 26,87 (R\$) - 09/2024
Parcela 59 - 26,87 (R\$) - 10/2024
Parcela 60 - 26,87 (R\$) - 11/2024
Parcela 61 - 26,87 (R\$) - 12/2024
Parcela 62 - 26,87 (R\$) - 01/2025
Parcela 63 - 26,87 (R\$) - 02/2025
Parcela 64 - 26,87 (R\$) - 03/2025
Parcela 65 - 26,87 (R\$) - 04/2025
Parcela 66 - 26,87 (R\$) - 05/2025
Parcela 67 - 26,87 (R\$) - 06/2025
Parcela 68 - 26,87 (R\$) - 07/2025
Parcela 69 - 26,87 (R\$) - 08/2025
Parcela 70 - 26,87 (R\$) - 09/2025
Parcela 71 - 26,87 (R\$) - 10/2025
Parcela 72 - 26,87 (R\$) - 11/2025
Parcela 73 - 26,87 (R\$) - 12/2025
Parcela 74 - 26,87 (R\$) - 01/2026
Parcela 75 - 26,87 (R\$) - 02/2026
Parcela 76 - 26,87 (R\$) - 03/2026
Parcela 77 - 26,87 (R\$) - 04/2026
Parcela 78 - 26,87 (R\$) - 05/2026
Parcela 79 - 26,87 (R\$) - 06/2026
Parcela 80 - 26,87 (R\$) - 07/2026
Parcela 81 - 26,87 (R\$) - 08/2026
Parcela 82 - 26,87 (R\$) - 09/2026
Parcela 83 - 26,87 (R\$) - 10/2026
Parcela 84 - 26,87 (R\$) - 11/2026
Parcela 85 - 26,87 (R\$) - 12/2026
Parcela 86 - 26,87 (R\$) - 01/2027
Parcela 87 - 26,87 (R\$) - 02/2027
Parcela 88 - 26,87 (R\$) - 03/2027
Parcela 89 - 26,87 (R\$) - 04/2027
Parcela 90 - 26,87 (R\$) - 05/2027
Parcela 91 - 26,87 (R\$) - 06/2027
Parcela 92 - 26,87 (R\$) - 07/2027
Parcela 93 - 26,87 (R\$) - 08/2027
Parcela 94 - 26,87 (R\$) - 09/2027
Parcela 95 - 26,87 (R\$) - 10/2027
Parcela 96 - 26,87 (R\$) - 11/2027
Parcela 97 - 26,87 (R\$) - 12/2027
Parcela 98 - 26,87 (R\$) - 01/2028
Parcela 99 - 26,87 (R\$) - 02/2028
Parcela 100 - 26,87 (R\$) - 03/2028



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 9101.1913, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site do ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal
Valor devido
emissor

DADOS DO CLIENTE

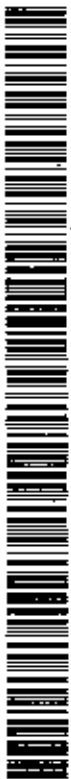
Inscrição: 0010494308 Código de Responsável: Mês/Ano: 12/2019
Local: 001 Setor: 59 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:
Cidade: FORTALEZA Vencimento: 16/12/2019 Total (R\$): 26,87

8267000000-1 26570009600-0 01049430800-9 02000131025-7



EMISSION: LOJA CONJUNTO JOSE WALTER 03/12/2019 16:00:08

8260000000-8 28300009700-8 01072900301-1 0400422015-6



Fatura Mensal

Av. Lúcio Vieira Gomes, 3025 - São João - Recife-PE (CEP: 50740-000)
 CNA: 0000000000-8 / 0001 00000000-1 | Atendimento ao Cliente: 0800 00 0000 | E-mail: atendimento@www.cagece.com.br



CID: JOSE WALTER DE
 JOAO BATISTA DE LIMA NETO
 RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
 610.761-445 - EOBTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0106, ou, se preferir,
 dirige-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Sector	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	D00221

ECONOMIAS				SITUAÇÃO	
Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Padrões da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta tabela com os padrões estabelecidos pela Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

Parâmetro	Turbidez (NTU)	pH	Cor (JH)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/CL (mg/L)	Cloro livre
Resultado	0,0	8,0 a 8,6	15	1,0	0,2		

* Sempre que ocorrer 40 ou mais unidades / mês, ou seja, em 100% das amostras analisadas.
 Sistema que analise menos de 40 / mês: apenas 1 (um) teste pode apresentar resultado para Ato.

Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.

pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.

Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.

Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.

Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.

Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E. Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).

Em condições, ativar estas informações em local visível aos consumidores.

OBSERVAÇÃO: Desacatos anormais, ruídos por vezes são adotados para o retorno a normalidade.

E obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 180, Art. 73º, ARCE, a Resolução 02, Art. 4º §1, II - AGFQR).

Agência Reguladora da Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919

Agência Fiscalizadora da Defesa Localizador: ARCE: 0800 693 3808

Mais informações: Telefone: 0800 275 0106; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h,

ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.

É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece.

conforme Resolução 180, art. 73º, da Agência Fiscalizadora ARCE: 0800 275 9838.

COPIA DO DUV - ATO Nº ☐ NÃO ATO Nº ☐ ☐ LOCALIZADO

☐ LOCALIZADO EXISTENTE ☐ LOCALIZADO INEXISTENTE

☐ NÃO USUÁRIO SIBRAD ☐ USUÁRIO SIBRAD

☐ RECURSO SE A RECEBER ☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER

☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER ☐ RECURSO SE A RECEBER

☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER ☐ RECURSO SE A RECEBER

☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER ☐ RECURSO SE A RECEBER

☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER ☐ RECURSO SE A RECEBER

☐ NÃO RECURSO SE A RECEBER ☐ RECURSO SE A RECEBER

Dr.

Dr. José Hallys Freitas

R\$

2.700,00

HALLYS

(85) 9664 - 4396
(85) 9912 - 6634

FISIOTERAPEUTA

hallysfreitas@hotmail.com

Obs:

Recebi de

ALEXSAMUELO DE SOUSA BARBOSA

a importância de:

Dois mil e setecentos reais

Referente a:

ATENDIMENTO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA
30 ATENDIMENTOS NO VALOR DE 90 REAIS POR ATEN-
DIMENTO

Dr. José Hallys Freitas

FISIOTERAPEUTA

CRP 6: 142481F

Assinatura

Data: 18/01/20

Dr. José Hallys Freitas
FISIOTERAPEUTA
CRP 6: 142481F

CEPROF CENTRO DE PROJ E ORT DE FORTALEZA LTDA EPP
R SOLON PINHEIRO, 402 * CENTRO
FORTALEZA - CEARA

CNPJ: 07.577.570/0001-98 IE: 06.011.179-8
06/11/2019 17:17:41 CCF:009714 COD:014176

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UNIT	R\$	ST	A/T	VL	ITEM	R\$
001	7898274674243	SANDALIA BARRAL DESSA M	1	PAR	110,00							

Subtotal R\$ 110,00

DESCONTO -10,00

TOTAL R\$ 100,00

Dinheiro 100,00

ND-5:E9D1C30FF8FF689E0789ACD5496BB0C1

RECEBIDO. VOLTE SEMPRE.

DarumaFramework - Mensagem Não Programada

DarumaFramework - Mensagem Não Programada

07 28F2D 00000 44A001 58 6C803A 45756 2ACBC FD4

ARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1

CF-IF VERSÃO:01.00.00 ECF:002 LJ:0001

06/11/2019 17:18:00

AB:DR0815BR000000478852

ARTICULAR

Clinica Médica Fisioterápica

3283.4784
8800.0778
CNPJ: 13.251.274/0001-03

RECIBO

R\$

150,00

Recebi(mos) do (a) Sr.(s) Alexsandro de Sousa

San Sosa

A quantia de R\$

cento e cinquenta reais

Referente a Uma consulta de valor 7500 +
Exames de laboratório e exames de imagem

Pelo que firmamos o presente recibo Fortaleza

CNPJ: 13.251.274/0001-03

ARTICULAR SERV. MEDICOS E
FISIOTERAPOICOS LTDA

: Assinatura

ARTICULAR SERV. MEDICOS E
FISIOTERAPOICOS LTDA

CNPJ: 13.251.274/0001-03

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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=25636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 67160417372 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexsandro de S. Barbosa inscrito (a) no CPF sob o nº 61682380343

do sinistro de DPVAT cobertura Danos da vítima Alexsandro de S. Barbosa

inscrito (a) no CPF sob o nº 61682380343 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: Rua Dismanto Número: 27 Complemento: Edifício Simegi
Bairro: Manoelina Cidade: Fortaleza Estado: CE CEP: 60761445
E-mail: otendimentos.liderseguros@gmail.com Tel. (DDD) (85) 988094184

Local e Data:

Fortaleza 22/01/2020

João Batista de Lima
Assinatura do Declarante



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

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5161297		Nº DO BC 372115	
CASUS		NASCIMENTO 07/06/1998 (21 ANOS)		SEXO M		RACIA/COR PARDO	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343		ENDERECO RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMÍNIO 01 JOSÉ WALTER		NOME DA MÃE MARIA DAS GRACAS DE SOUSA			
NOME RESPONSÁVEL NI		CONTATO					
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE					
CEP 60.748-030							
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDÓGENO		OCORRÊNCIA					
QUEDA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		LACTING AValiação TRAUMATOLOGICA			
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.				ESCALA DE DOR 88 (ADULTO)			
SINTOMAS FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO		SINAIS VITAIS					
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C		ALTERAÇÕES NEGA				GLUCOSE NI	
CLASSIFICAÇÃO VERMELHO		RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICADO DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/09/2019 04:05:40	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO					
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO					
<p>Queixas, S.O., vítima acidente de moto ocorrido em Ex. Exposto à</p> <p>id: [illegible] / [illegible] / [illegible] hospital / [illegible] [illegible] / [illegible]</p> <p>Ex Exposto à [illegible]</p>		<p>DO PROCEDIMENTO</p>					
DIAGNÓSTICO							
SINAIS OBSERVADOS () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APAZAMENTO		OBSERVAÇÕES			
<p>MEDICAMENTO</p> <p>[illegible]</p>		<p>[illegible]</p>		<p>[illegible]</p>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA							
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS							
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO							

impresso por delfiana barbosa ferreira costa em 21/08/2019 04:05:40

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALESSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03 12 19

Delany

PACIENTE		Alexandre de Souza Junior	
DATA OPERAÇÃO	28 / 09 / 19	GRUPO SANGÜÍNEO	
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
FX L. espal. L. (D)			
TIPO DE OPERAÇÃO			
Ligapex cirurgica + fixacao 3º PDD / FK			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
L. D. D. D. D.			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADICOLÓGICO NO ATÓ			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

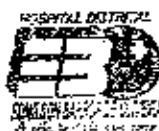
VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DIRETA 3-0-0 SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- (1) Ponto de SDAH
- (2) ATALA
- (3) Ligapex excisão 3-0-0-0
- (4) Observação operante lesão de partes moles graves em partes
- (5) Fixação com FK 15mm 3º PDD
- (6) Sutura por plano
- (7) A. S. D. D.

Dr. Breno Costa
 Cirurgião Geralista
 R. 172-11-11-11

03/12/19

Delim



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida José Alencar Gomes de Abranches, 1578 - CNPJ: 04.673.197/0001-25 - Fortaleza - CE - 61.051.900

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ALVES, MONTEIRO R. S. 5002 B. B. B.

Frequência maior 10.000
justificativa: anemia m. p. (C)

Cartão FISCAL - Medicamento

Uma Exatidão de MEDICAMENTO - Medicamento

Fortaleza, 26 de 11 de 2019

Leonilda Pente Queiroz
Cirurgiã do Pê e Tornozelo
CRM 944 - RQE 4538

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Emilson Barros de Oliveira
Av. da J. J. Costa, 1000 - Centro - CEP: 60.500-000 - Fortaleza - CE - 31061500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alexandre de Souza Barbosa

Paciente em recuperação de
fratura do antebraço (2) ainda
com consolidação completa. Segue
nos exames de acompanhamento
do trabalho

597.3

Gráica HEDDO - Missaljeq.

Gráica HEDDO - Missaljeq.

Leonardo Pente Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 de 2019.

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Fortaleza, Tororá, Ceará, 15110 - CEP: 64.061-120 - Fortaleza - CE - 3135.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Leonardo Souza Sampaio

1/ Retens 08/10/19 6h0120

7/ Sandoia Aguiar

15110 6h0120

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Leonardo Pente Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538
Ass. e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838139995

NOME
ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA



DOCUMENTO / OUTROS DADOS
2229868 MT CE

CPF 616.823.603-43 DATA NASCIMENTO 07/06/1998

PAZ
PAULO BARBOSA DE
OLIVEIRA
MARIA DAS GRACAS DE
SOUSA

PROFISSÃO ACC CATEGORIA
AB

DATA DE EMISSÃO 16/11/2018 DATA DE VALIDADE 11/04/2019



PROIBIDO PLASTIFICAR
1838139995



Alexandre De Sousa Barbosa

SIGNATARIO DO PORTADOR

LOCAL PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 12/09/2019

Paulo Barbosa de Oliveira
MARIA DAS GRACAS DE SOUSA

03535428845
CB172394354

CEARÁ

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP

135.46427.19-9

NOME

9980170

MESE

001-0

UF

CE

Jão Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

PODERAR DIREITO



	Z	D	A
1. APPROVED			
2. IN PROGRESS			
3. NOT APPROVED			
4. NOT APPROVED			
5. NOT APPROVED			
6. NOT APPROVED			
7. NOT APPROVED			
8. NOT APPROVED			
9. NOT APPROVED			
10. NOT APPROVED			
11. NOT APPROVED			
12. NOT APPROVED			
13. NOT APPROVED			
14. NOT APPROVED			
15. NOT APPROVED			
16. NOT APPROVED			
17. NOT APPROVED			
18. NOT APPROVED			
19. NOT APPROVED			
20. NOT APPROVED			
21. NOT APPROVED			
22. NOT APPROVED			
23. NOT APPROVED			
24. NOT APPROVED			
25. NOT APPROVED			
26. NOT APPROVED			
27. NOT APPROVED			
28. NOT APPROVED			
29. NOT APPROVED			
30. NOT APPROVED			
31. NOT APPROVED			
32. NOT APPROVED			
33. NOT APPROVED			
34. NOT APPROVED			
35. NOT APPROVED			
36. NOT APPROVED			
37. NOT APPROVED			
38. NOT APPROVED			
39. NOT APPROVED			
40. NOT APPROVED			
41. NOT APPROVED			
42. NOT APPROVED			
43. NOT APPROVED			
44. NOT APPROVED			
45. NOT APPROVED			
46. NOT APPROVED			
47. NOT APPROVED			
48. NOT APPROVED			
49. NOT APPROVED			
50. NOT APPROVED			
51. NOT APPROVED			
52. NOT APPROVED			
53. NOT APPROVED			
54. NOT APPROVED			
55. NOT APPROVED			
56. NOT APPROVED			
57. NOT APPROVED			
58. NOT APPROVED			
59. NOT APPROVED			
60. NOT APPROVED			
61. NOT APPROVED			
62. NOT APPROVED			
63. NOT APPROVED			
64. NOT APPROVED			
65. NOT APPROVED			
66. NOT APPROVED			
67. NOT APPROVED			
68. NOT APPROVED			
69. NOT APPROVED			
70. NOT APPROVED			
71. NOT APPROVED			
72. NOT APPROVED			
73. NOT APPROVED			
74. NOT APPROVED			
75. NOT APPROVED			
76. NOT APPROVED			
77. NOT APPROVED			
78. NOT APPROVED			
79. NOT APPROVED			
80. NOT APPROVED			
81. NOT APPROVED			
82. NOT APPROVED			
83. NOT APPROVED			
84. NOT APPROVED			
85. NOT APPROVED			
86. NOT APPROVED			
87. NOT APPROVED			
88. NOT APPROVED			
89. NOT APPROVED			
90. NOT APPROVED			
91. NOT APPROVED			
92. NOT APPROVED			
93. NOT APPROVED			
94. NOT APPROVED			
95. NOT APPROVED			
96. NOT APPROVED			
97. NOT APPROVED			
98. NOT APPROVED			
99. NOT APPROVED			
100. NOT APPROVED			

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

CNPJ: 01.429.235/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

EMP. MOVIMENTAÇÃO: PONT. SERVIÇO

CARGO: OPERADOR DE CAMIÃO

DATA: 22/07/25

DATA ASSINATURA: 02

MÊS: Julho

ANO: 2025

ASSINATURA

EMPREGADO: L. Lúndia C. P. (PAQUE MENOS) GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

CPF: 014.292.350-05

ASSINATURA: Armando Lima Carmilha Filho

Cargo: Presidente

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

PAQUE MENOS

GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

ASSINATURA

ASSINATURA: Armando Lima Carmilha Filho

Cargo: Presidente

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

PAQUE MENOS

GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014059445114

CRDO 01 780175522 0000000000 2018

SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO
FORTALEZA/CE

05891117363 HX85513

9C2MC3S002R031869

HONDA/CRX 250 - PWESTER
2E/24CV/249CC

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180,65
COTA UNICA 0,70
PREMIO TOTAL (R\$) 181,35

DATA DE PAGAMENTO 03/10/2018

FORTALEZA 05/10/2018

ENTRADA

ENTRADA

CE Nº 014059445114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

05891117363 O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 3
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalidade.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

014059445114 44875180235

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/10/2018

05891117363 HX85513

HONDA/CRX 250 - PWESTER
2002 09 9C2MC3S002R031869

PREMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 181,35
COTA UNICA 0,70
DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2018

SEGURO DPVAT
MOTOR - MC35E-2031869

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS USUÁRIO: PESSOAL
AUTOMOTIVO DO SEU VEICULO PRESTADO POR: SEGURO
MOTOR DPVAT 3 - NAS CONDIÇÕES DE SEGURO DPVAT

8103

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032 **Data do acidente:** 21/09/2019
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Fortaleza **UF:** CE **Análise:** Primeira Análise
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A **Data:** 04/02/2020 17:33:06

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO - **Internação:** Não
Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	2700,00	2489,43
Total da Análise Atual			2700,00	2489,43

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	2700,00	2489,43	2489,43
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	2700,00	2489,43	2489,43

TOTAL PLEITEADO: 2700,00 **TOTAL AVALIADO:** 2489,43 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2489,43

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Desempregado, residente e à Rua Pedro - Cidade Jardim, 101, Bloco 04, bairro Pre. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 04.06.1978, CPF nº 81682380343, RG nº 07035783703, Emissor Detran CE em 12.09.2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo whatsapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa

Ocorrido(s) em 21.09.2019 cobertura IPA ☒ DAMS () MORTE ().

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de polícia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

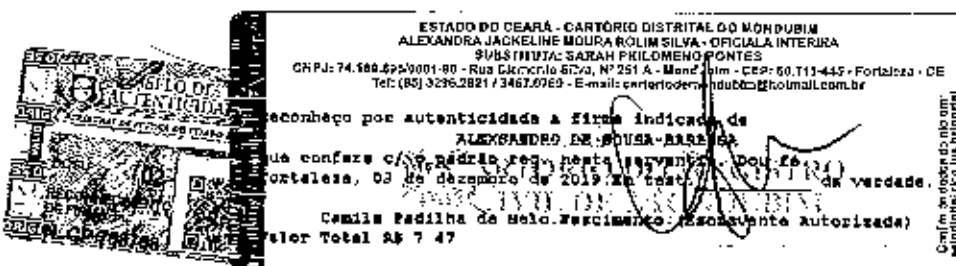
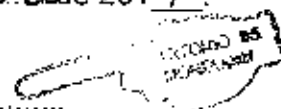
Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28 de Dezembro de 2019.

Alexandro de Sousa Barbosa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Número do Sinistro: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa