DIEGO SILVEIRA
ADVOCACIA

Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE. Cep: 62795-000
(85) 98205-6900

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Profissão: PEDREIRO
Rg: 2018 1177 19-0, SSP-CE
CPF: 440.522.353-04
Endereço: SÍTIO EMA, S/Nº, SÍTIO EMA, PINDORETAMA - CE, CEP: 62860-000
Email:
Telefone:.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e **JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS**, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicilio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira – CE, CEP: 62795-000 e Avenida Desembargador Moreira, nº 1800, lj. 18, Condomínio Shopping Romcy, Bairro Aldeota, Fortaleza-Ceará, CEP: 60.170-002.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancarias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante**, inclusive receber a RPV/PRECATÓRIO e alvará, ressalvando 30% de honorários contratuais em nome dos procuradores**.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 13 de AGOSTO de 2020.

Paulo Gilberto Isidro de Sousa

Digitalizado com CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 0256124-76.2020.8.06.0001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829A.

DIEGO SILVEIRA
ADVOCACIA

Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000
(85) 98205-6900

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: PEDREIRO

Rg: 2018117719-0, SSP-CE

CPF: 440.522.353-04

Endereço: SÍTIO EMA, S/Nº, SÍTIO EMA, PINDORETAMA, CE, CEP: 62860-000

Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 13 de AGOSTO de 2020.

Paulo Gilberto Isidro de Sousa

Assinatura do Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829A.

Digitalizado com CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Paulo Gilberto Isidro de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018117719-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/2018

NOME
PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

FILIAÇÃO
MANOEL MOTA DE SOUSA
MARIA ISIDORO DE SOUSA

NATURALIDADE
CASCAVEL - CE

DATA DE NASCIMENTO
04/01/1964

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFICIO TERMO:1341 FOLHA:018
LIVRO:B-05 PINDORETAMA - CE

CPF 440.522.353-04

RG: ANT: 322852497
P.: 121

ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829B.

Nº do Cliente: 2875747

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

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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 065421302

Rota PD238R55 - 15800 Referência 05/2020
Nome MARIA DAS GRACAS ARIANO DA SILVA SOUS
Endereço ST EMA, 00000, PINDORETAMA, 62860-000, PINDORETAMA

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 25/05/2020
Medidor 3053451-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO
06D1.704C.CE42.ECAC.16BE.1B08.4294.CDB8

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
24/04/2020	25/05/2020	25/06/2020

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	− Leit. Anterior	× Const.	= Consumo Mês (kWh)	+ Consumo Incl. (kWh)	= Consumo Fat. (kWh)	× Tarifa (R$/kWh)	= Valor (R$)
FP	16.524	16.380	1,00	144	00	144	0,77056	110,96

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	13,90
CONSUMO	0,77056	110,96

Tributo:	Base (R$):	Aliquota (%):	Valor (R$):
ICMS	110,96	27,00	29,96
PIS	110,96	0,77	0,85
COFINS	110,96	3,53	3,91

VENCIMENTO 14/08/2020

TOTAL A PAGAR (R$) 124,86

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2) 0 — 100

CPF/CNPJ 789.036.883-68

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

FATURADO POR MEDIA - LEITURA BIMESTRAL
Periodos: Band. Tarif.: Verde : 25/04 - 25/05

Digitalizado com CamScanner

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES	CPFS
PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA	SEM
MARIA DAS GRAÇAS ADRIANO DA SILVA SOUSA	SEM

MATRÍCULA
016493 01 55 1985 2 00005 018 0001341 42

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidades e filiação dos cônjuges

PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA , SOLTEIRO , BRASILEIRO, nascido em CASCAVEL-CE a 04 de janeiro de 1964, COMERCIÁRIO, filho de MANOEL MOTA DE SOUSA e MARIA ISIDRO DE SOUSA ; MARIA DAS GRAÇAS ADRIANO DA SILVA , SOLTEIRA , BRASILEIRA , nascida em CASCAVEL-CE a 17 de agosto de 1967, DO LAR, filha de OTAVIO ADRIANO DA SILVA e MARIA DALVA ADRIANO DA SILVA

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO	DIA	MÊS	ANO
dezesseis de maio de mil novecentos e oitenta e cinco	16	05	1985

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)
MARIA DAS GRAÇAS ADRIANO DA SILVA SOUSA

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

	DOCUMENTO	NÚMERO	EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	VALIDADE
CONJ 1	RG	-0-	-0-	-0-	-0-
	PIS/NIS	-0-	-0-	-0-	-0-
	PASSAPORTE	-0-	-0-	-0-	-0-
	CART. NAC. SAÚDE	-0-	-0-	-0-	-0-
CONJ 2	RG	-0-	-0-	-0-	-0-
	PIS/NIS	-0-	-0-	-0-	-0-
	PASSAPORTE	-0-	-0-	-0-	-0-
	CART. NAC. SAÚDE	-0-	-0-	-0-	-0-

	DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF	CEP	SEXO
C1	TÍTULO ELEITORAL	-0-	-0-	-0-		-0-	X
C2	TÍTULO ELEITORAL	-0-	-0-	-0-		-0-	X

CARTORIO DO 1º OFICIO DE CASCAVEL
FRANCISCO JARBAS ARAUJO, Registrador.

RUA PREFEITO LUIS BENICIO SAMPAIO, 1998
CENTRO cartoriojarbasaraujo@hotmail.com
CASCAVEL - Ceará
Tel. 85 3334-2099

SELO: .

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

CASCAVEL, 23 de outubro de 2018.

MARIA GLAUCINETE FRANÇA ARAUJO
Oficiala Substituta do Registro Civil

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ARPENBRASIL BA 0042000785 BRP

Este documento ... sob o número 02561247620208060001. Para ...

Digitalizado com CamScanner

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019442743

FLS. RUBRICA AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 703 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/07/2019 09:56:08**
Data / Hora da Ocorrência: **23/09/2018 11:20:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO EMA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **RESTAURANTE BRASAS'LU**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**
Nascimento: **04/01/1964** CPF:
RG: **322852497** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA ISIDRO DE SOUSA**
MANOEL MOTA DE SOUSA
Endereço: **RUA ALBERTO OLIVEIRA CASA**
Bairro: **SITIO EMA**
Município: **PINDORETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **8715-9190**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OII7094** Uf: **CE** Município: **PINDORETAMA** Chassi: **9C2JC4110CR581424** Renavam: **473315700** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

AFIRMA A PESSOA SUPRA QUALIFICADA SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB; QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA OII-7094, CHASSI 9C2JC4110CR581424, ANO 2012, COR ROXA, MODELO HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA, QUANDO PERDEU CONTROLE DA MOTOCICLETA AO FOCAR SUA VISÃO NO RETROVISOR PERDENDO O CONTROLE INDO AO SOLO FRATURANDO A CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDA POPULARES E LEVADO PARA HOSPITAL LOCAL DE PINDORETAMA-CE; QUE AGUARDOU 8 DIAS ATE QUE FOSSE LIBERADA UMA VAGA NO HOSPITAL I.J.F PARA QUE FOSSE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NO HOSPITAL; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Gilberto Isidro de Sousa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829E.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2019442743

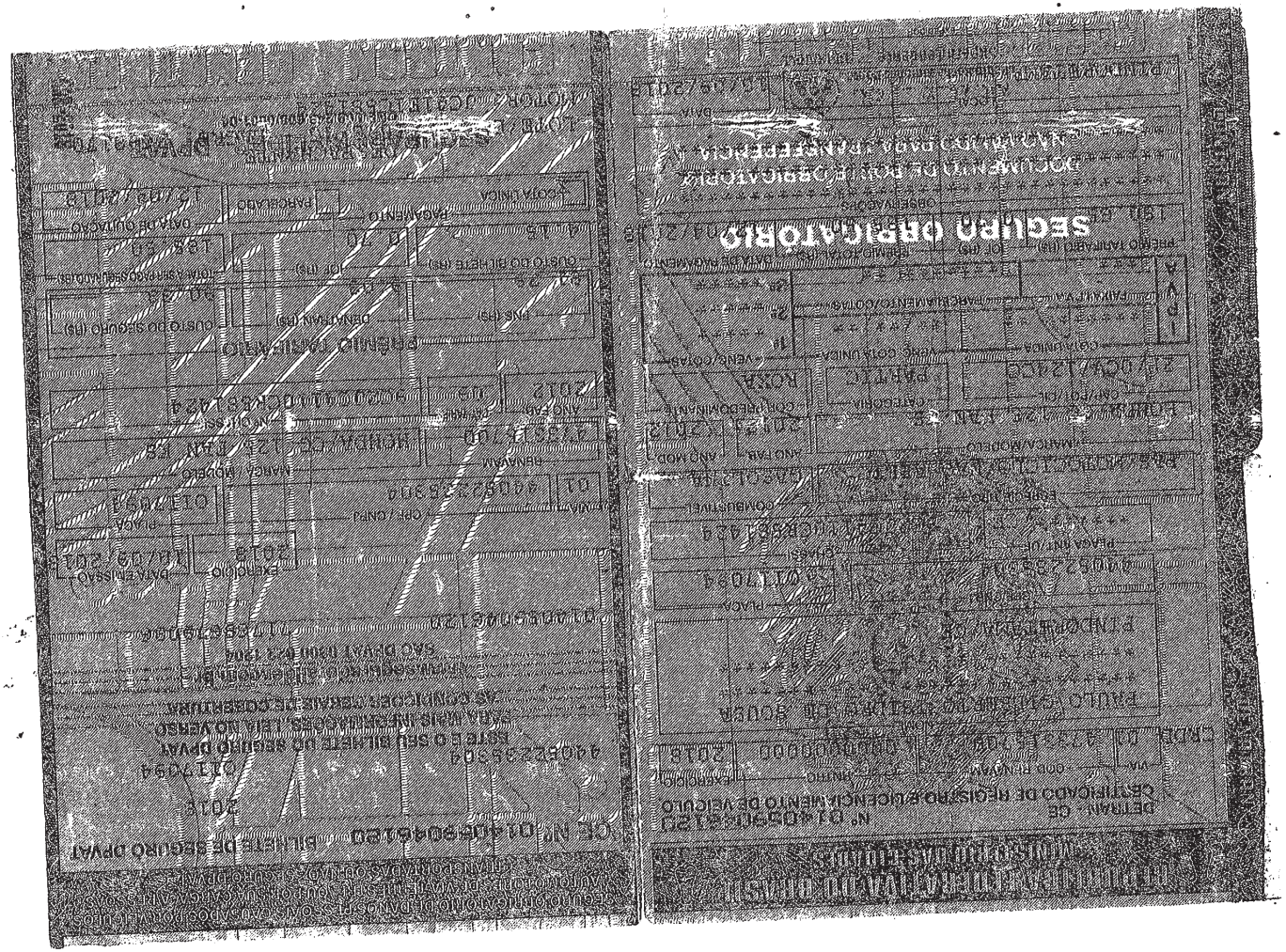
FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 573 - 703 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829E.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829F.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 440 522 353 04
4 - Nome completo da vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA
6 - CPF: 440 522 353 04
7 - Profissão: PEDREIRO
8 - Endereço: ST EMA.
9 - Número:
10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: EMA.
12 - Cidade: PIMDORETAMA
13 - Estado: CEARA
14 - CEP: 62860000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 85-98857-3375

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$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM 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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO 237
AGÊNCIA: 0716 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 0029867 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PIMDORETAMA 31/07/2019
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Paulo Gilberto Isidro de Sousa
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829F.

Clínica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

40

DATA: 23/09/18 RECEPCIONISTA: ______ HORA: 11:20h

PACIENTE: Paulo Gilberto Isidro de Souza

END.: St. Cruz

SEXO: ______ D.N: 04/01/64 IDADE: 54 ANOS

RG: 987159100 CADSUS/ID: ______

MÃE: Maria Isidro de Souza

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

PA: ____ / ____ Mmhg DX: ______ Mg/dl T: ______ ºC PESO: ______ Kg FC: ______ Bpm

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA DOR

SAT: ______ % FR: ______ mrp ATENDER ATÉ ______ : ______

HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente vítima de acidente de moto com queda [illegible] ombro [illegible]

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: Luxação [illegible] E

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

OBSERVAÇÃO: ( ) INTERNAMENTO: ( ) EM: ___/___/___ ÀS ___:___ HS.

Paulo Gilberto

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829F.

LAUDO MÉDICO

NOME: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ACIMA ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR:

LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA TRATADO CIRURGICAMENTE DIA 19/10/18;

ESTA NO MOMENTO EM REABILITAÇÃO FISIOTERAPICA

CID 10 (AUTORIZADO): S43.1

Dr. Felipe Mendes
Médico
CREMEC 16.020

19/12/18

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 763829F.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190475164 **Vítima: PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VALBECI CALIXTO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

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

Recebedor: **PAULO GILBERTO ISIDRO DE SOUSA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000000716-1**
Conta: **000000029867-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01007/01008 - carta_15R - INVALIDEZ
00130504

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/10/2020 às 17:02 , sob o número 02561247620208060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0256124-76.2020.8.06.0001 e código 76382A0.