



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

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 **WSNP.20.00167237-1** em **04/11/2020 10:31:27**.
- 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 : Senador Pompeu
Processo : 0050247-32.2020.8.06.0166
Protocolo : WSNP.20.00167237-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 04/11/2020 10:31:27

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição*	: 2762844_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação	: 2762844_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação	: 2762844_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-22.pdf
Documentação	: 2762844_CONTESTACAO_Anexo_02 - 23-30.pdf
Documentação	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8235577

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8284389

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo informando incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta nº: 8799292

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÃŠÄO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1

T1%

DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco de Amorim Enoque da Silveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 16921805-88

EXPEDIDO POR SSP-CE

EM 20/08/88 E

CPF 499830903-84 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Amorim E. da Silveira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38-734-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

INVESTPREV

01 DEZ. 2015

Pernambuco, 24 de Novembro de 2015

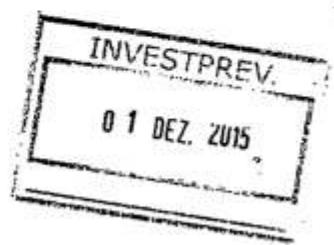
LOCAL E DATA

Edna Maria Alves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00239-9

CONTA: 000010018734-X

Nr. da Autenticação 29CC91F5B89D79C2



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

-BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2270 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/08/2015 14:58:48**

Data / Hora da Ocorrência : **14/06/2015 10:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR CATARINA Á ACOPIARA**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**

Nascimento : **11/09/1954**

RG: **169480588** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **42983070344**

Filiação: **FRANCISCO ENOQUE DA SILVA**

MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA

Endereço: **R RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA 7**

CENTRO

SENADOR POMPEU CE BRASIL

Telefone:

Histórico

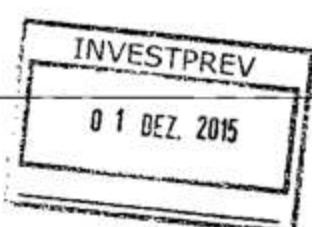
Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante afirma ter sofrido um acidente de trânsito, quando vinha na garupa da motocicleta de marca HONDA/XL 125 DUTY, cor BRANCA, ano/modelo 1989, placa HUY-1975, chassi 9C2JD0801KR502714, licenciada nome de Francisca Antônia Lopes de Lima; Que o declarante afirma que o condutor da motocicleta, este Gilberto Brito de Oliveira, CNH 04900619528, conduzia a motocicleta já descrita no B.O, quando perdeu o controle da mesma ao derrapar; Que afirma o declarante que foi atendido no hospital em Senador Pompeu/CE; Que o declarante em decorrência do acidente sofreu trauma no braço e ombro esquerdo; Que a qualificação da testemunha do acidente é a seguinte; Gilberto Brito de Oliveira, RG 294825095, CPF 913.458.203-72, filho de Raimundo Leandro de Oliveira e Francisca Brito de Oliveira, residente no Município de Senador Pompeu; Que o declarante procurou esta delegacia para registrar o Boletim de Ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente que no caso das informações inseridas neste documento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Diany Mary **DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) : Jefferson **JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Fernando Alves Enrique da Silveira, portador da carteira de identidade nº 369 4805-88 e inscrito no CPF/MF sob o nº 429 830 703-22, residente e domiciliado na Rua Raimunda Elimonte Holanda, 07, Cidade Senador Pompeu, Estado Ceará, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

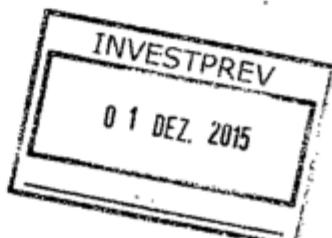
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ferna maria Alves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - CE 29/09/2015

Local e data



Prova do ato declaratório

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de identificação

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

D.N. 33/09/54

Francisco de Assis Enoque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor P	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade mananguape le.	Nac.
Residência José Clemente - s/n. Caracaraí						
Pai J. fco Enoque da Silva						
Mãe ma do Espírito Santo da Silva						
Responsável						Telefone:
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento SUS	Data 34/06/15	Hora 10:00	
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia					
<input type="checkbox"/> Ambulância						Local
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem						

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de acidente com veículo
causando perda parcial da memória do tempo
e gasto.

DOCUMENTO 3 T3%



DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO		
MAX 160	MIN 100	AUXILIAR	RETAL		

TRATAMENTO:

Rx de banho e antibiotic

1) Voltam + Dixa Amp Tm 11:00

CONFERE COM ORIGINAL

24/06/2015

RESPONSÁVEL - SAME

M.H.S.I

CNPJ 07 802.697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por:
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico
	<p>INVESTIGADO</p> <p>01 DEZ. 2015</p> <p>Dr. João Pedro C. C. CRM 15821 MÉDICO</p>

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Arruda Enoque da Silva,

RG nº 3694805.88, data de expedição 20/08/88, Órgão SSP-EE,

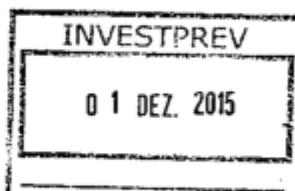
CPF nº 499.830.903-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Raimunda Elimete Holanda</u>
Número	<u>07</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>entro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SENADOR POMPEU-CE 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Ela maria de Almílca



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DE FÁTIMA DO NASCIMENTO SILVA
 End. Leitura: RU RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA, 7, CENTRO
 Cidade: SENADOR ROMPEU CEP: 63600-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 010 Setor: 009 Queda: 0109 Lote: 0005 Comp: 0000
 Subsetor: (0) Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R06F430550	1342	1352	10	12

DATAS

Leratura Atual: 30/05/2015 | Emissão: 30/05/2015 | Lacre Água: 3763773

Leratura Anterior: 01/05/2015 | Próxima Leratura: 30/06/2015 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/05/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	023	023	010	023	023
Analysadas	025	025	012	025	025
Em conformidade	025	025	012	024	025

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	16,20	MAR/14	14	0
		JUN/14	20	0
		JUL/14	16	0
		12	0	
		SET/14	9	0
		OUT/14	10	0
		NOV/14	8	0
		DEZ/14	20	0
		JAN/15	19	0
		FEV/15	7	0
		MAR/15	5	0
		ABR/15	14	0

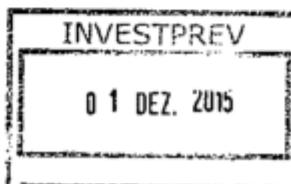
DESCRICAÇÃO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,15		VALOR DO SERVICO	26,70
COFINS	0,77		VALOR DO SUBSÍDIO	10,50
			VALOR TOTAL A PAGAR	16,20
MÊS/ANO				
05/2015			09/06/2015	16,20

ONDE PAGAR SUA Fatura:
 Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já esse serviço. Consulte sua agência.

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



Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fonteze: ACFOR - Autarquia 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.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150996383 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO COM LESÃO TRANSFIXANTE DO SUPRA ESPINHOSO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR E DÉFICIT DE FORÇA.

Resultados terapêuticos: RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO E RECEBEU ALTA COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edna Maria de Almida

RG nº 3479034-88, data de expedição 21/03/88, Órgão SSP-EE

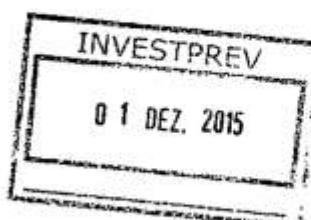
CPF nº 600.918.663-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Adalberto Flávio Caminha</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Pinheiros</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Espírito Santo</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SENADOR POMPEU 29/09/2015

Assinatura do Declarante: Edna Maria de Almida



DADOS DO CLIENTE

Nome: EDNA MARIA DE ALMEIDA

End. Litura: RU ADALBERTO MANO CARVALHO, 73, CENTRO

Cidade: SENADOR POMPEU CEP: 63600-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço RGUR	Medidor R10F556152	Leitura Anterior 639	Leitura Atual 653	Volumetria 14	Média Semestral (m³) 8

DATAS

Leitura Atual: 23/09/2015 | Emissão: 23/09/2015 Lacre Água: 606375

Leitura Anterior: 21/08/2015 Próxima Leitura: 23/10/2015 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2015

Nº de Amostras	Cloro 023	Turbidez 023	Cor 010	Coliformes Totais 023	Escherichia Coli 023
Exigidas	023	023	012	025	025
Analíticas	025	025	012	024	025
Em conformidade	025	025	012	024	025

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITAÇÕES AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIÃO CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO.

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA JUROS DE 0,033% RO DIR	27,12	SET/14	0	0
MULTA DE 27	0,05	OCT/14	23	0
	0,32	NOV/14	5	0
		DEZ/14	10	0
		JAN/15	5	0
		FEB/15	9	0
		MAR/15	4	0
		ABR/15	10	0
		MAY/15	9	0
		JUN/15	10	0
		JUL/15	8	0
		AGO/15	8	0

DESCRIÇÃO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	
		Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,26	VALOR DO SERVIÇO	37,75
COFINS	1,31	VALOR DO SUBSÍDIO	10,26
		VALOR TOTAL A PAGAR	27,49
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
09/2015	07/10/2015	27,49	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tríngulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

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: 3101918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ACRE: www.acre.ce.gov.br

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



Fatura Mensal

Via do agente
de recadastrador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0203641722 Código de Resposta: 352967053941344 - 0432 Mês/Ano: 09/2015

Local: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 07/10/2015 Total (R\$): 27,49

82610000000 7 27490009500 2 02036417201 3 00065122015 4



**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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA** Sinistro: **3150996383** Data: **14/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA, 07 - CENTRO - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **1694805-88**

Data local do exame: [**07/03/2016**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO COM LESÃO TRANSFIXANTE DO SUPRA ESPINHOSO. VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR E DÉFICIT DE FORÇA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO E RECEBEU ALTA COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de M. Junior
CRNEC 6816 CRM 123.079-88-27
MEDICO

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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.

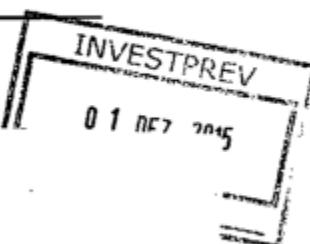
Pelo exposto, eu Edna Maria de Almeida, portador(a) do RG nº 32177014 - 88, expedido por SSP-EE, em 37 / 03 / 88, CPF/CNPJ nº 600.518.663-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco de Assis Enoque da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Bravidez da vítima Francisco de Assis Enoque da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agrimensor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: _____

Edna maria de Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 2 "T2%"





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Antonia Lopes de Lima,
 RG nº 2007261729-1, data de expedição / /
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 022.751.913-21,
 com domicílio na cidade de Milhã, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Açude, nº — complemento
—, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco de Amorim Enóque da Silva.

Veículo: Motocicleta

Ano: 1989 / 1989

Modelo: Yamaha XL 325 DUTY

Placa: HUY 3975

Chassi: 9E2D00801KR902714

Data do Acidente: 31 / 06 / 15

Local e Data: Milhã - Ce. 27/08/2015

Francisca Antonia Lopes de Lima

Assinatura do Declarante

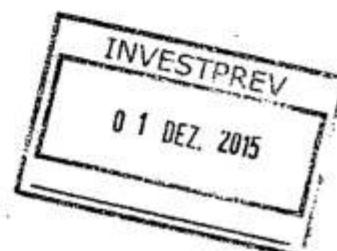
RECONHECIMENTO DE FIRMAS		Reconheço a Firma <u>Por Autentico</u>
		<u>Façade de Francisca Antonia Lopes de Lima</u>
OVIDO 2 - 02/10		Com a mesma
RECONHECIMENTO DE FIRMAS		Assinei a Firma
Nº BV-411-63		Em 27 de 08 de 2015
FIM		Fim testemunho da verdade

Francisca Antonia Lopes de Lima

Antonio Gessímar Pinheiro

Titular de Ofício de Notas e de Registras

Fone/Fax: (88) 3529 1450





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antônio, fogo de Spina.

RG - nº 9007961399-1, data de expedição ____ / ____ / ____

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 022.751.913-21, com
domicílio na cidade de Ribeirão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Acude, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco de Assis e da Silva cujo o condutor era Gilberto Brito de Oliveira.

Modelo: Honda /22 395 DUTY

Museu Etnográfico
Ano: 1989 / 1990

Placa: HUY 1076

Chassi: 9E9T08N1KR502781

Data do Acidente: 31/06/15

Locale Data:

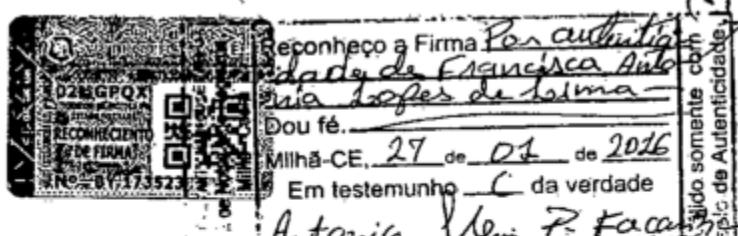
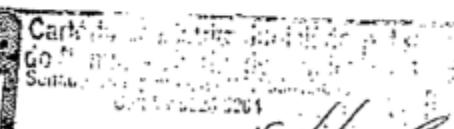
[View all posts by \[Author Name\] →](#)

DACCS E. NOTASEDE
REGISTRUS IAHN J.E.

Francisco António Lopes de

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é o dono da vítima reclamante do sinistro):



Antonia Clenis Pereira Façanha
Escrevente Autorizada
FONE/FAX: (88) 3529 1450

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. da Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

D.N. 33/09/54

Francisco de Assis Enoque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor P	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade manangabepe le	Nac.
Residência José Clemente - s/n. Caracaraí						
Pai J. Enoque da Silva						
Mae ma do Espírito Santo da Silva						
Responsável						Telefone:
O Paciente chegou ao hospital			Atendimento SUS	Data 34/06/15	Hora 10:00	
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	<input type="checkbox"/>			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de acidente com m. bala
cider para presal da m. amarela do bns
segm 1.

DOCUMENTO 5 "T5%"


DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO		
MAX 160	MIN 100	AUXILIAR	RETAL		

TRATAMENTO:

Rx + banho + ondas mg

1) Voltaren + Dexa 1amp fm 11:00

CONFERE COM ORIGINAL
24/06/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.I.
CNPJ 07 802.697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por: INVESTPREV 01 DEZ. 2015
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico João Pedro C. C. CRM 15821 MÉDICO

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente	D.N. 11/09/54						
Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.	
Agricultor	60	neg	M	Casado	maranguape	Brau.	
Residência	Av. José Góes - 07 - Guracara						
Pai	José Góes da Silva						
Mãe	Maria Góes da Silva						
Responsável							Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	5005	04/10/15	16:25
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local		

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

• *pt com onda de dor neg. gástrico e ligeito - após
dado d. alcoolito por 12 horas.*

DADOS CLÍNICOS				DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	PESO	<i>Liceus agorae Biceplo</i>	
MAX 140	MIN 60	AUXILIAR	RETAL		
TRATAMENTO: <i>Dermatofito 1m ev lido - 26/10/15</i>					

DESTINO DADO AO PACIENTE	CONFERE COM ORIGINAL 21/08/2015 <i>alt</i> RESPONSÁVEL - SAME M.H.S.I CNPJ 07 802.697/0002-44	Medicação Administrada por: <i>INVESTPREV</i> 01 DEZ. 2015
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Exames Complementares
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido	Diagnóstico Definitivo
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório		
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.		
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento		
Assinatura do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico	<i>Fernando Higino Fayed Fernandes</i> CREMEC 12721 MÉDICO



FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: filo da Ana Enaque do Sítio
Sexo: A Idade: 60 Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Unidade Adscritiva: _____

Agente de Saúde: _____

Encaminhado do(a): MHS

Para: Tracumateologo / Arqpt

Motivo do Encaminhamento:

- Reptilas trazendo risco ao seu animal
- Beirute seu animal sem detalia

Fernando Hugo Fávaro Vieira
CRMEO 12721
MEDICO

Encaminhamento

Ricardo

Função

Data 17/01/15

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA (Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome: _____

Procedimentos: _____

Data: 1 / 1 /



"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"

Paciente: Francisco de Assis Enoque da Silva **Idade: 60 anos**

Solicitante: Dr. Fernando Higor

Senador Pompeu, 17 / 08 / 2015

O rastreamento ultra-sônico do ombro esquerdo revelou:

Pele: espessura normal

Tendão do músculo supra-espinhal: com ecogenicidade , espessura alterada com ruptura.

Tendão do músculo sub-escapular: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo infra-espinhal: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

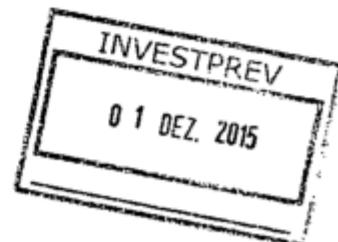
Tendão do bíceps: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo redondo menor: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Ausência de derrame articular

OPINIÃO: Ruptura transfixante do supra espinha
Bursite sub acromial, sub deltoidea.

DR . VANDERLAN GONÇALVES DÓS SANTOS
CREMEC 6294



Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): François
de Avis Ezequiel da Silve

Foi vítima de acidente de trânsito dia 14/10/15 onde o mesmo sofreu:

Colisão de Motocicleta com Automóvel Onibus Esquerdo; lesão de
ligamento e fratura transversante do Segundo Espinhal.
Burraco sub acetabulo sub luxado.

E submeteu-se a tratamento: (+) Clínico; () Cirúrgico; () Fisioterapêutico; () Conservador; complementando com: Analgésicos; AIRES, Típico

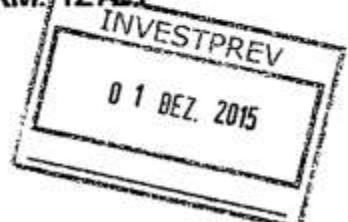
Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de: 70% Dificuldade - USE

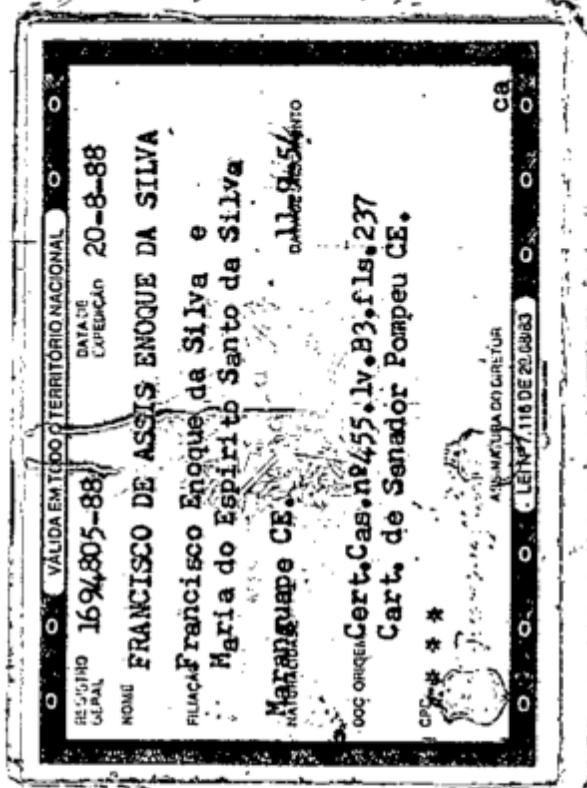
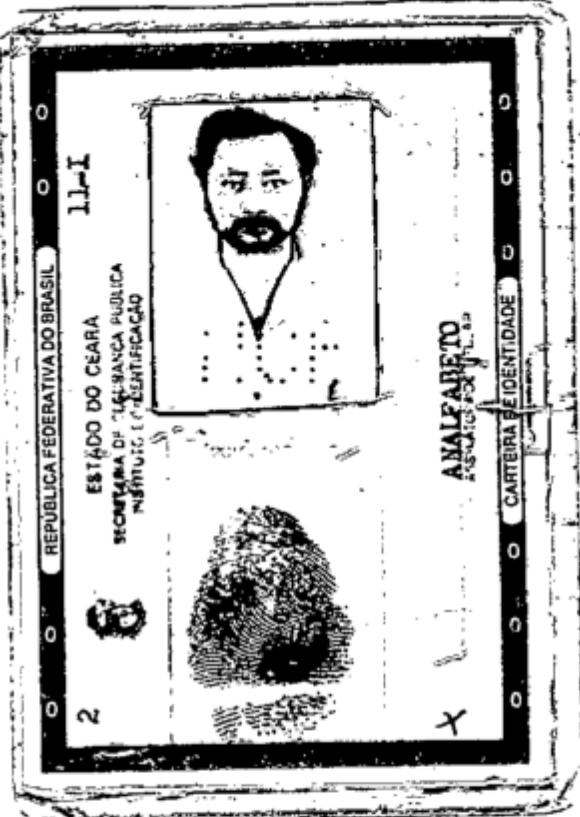
23/10/2015.

Dr. Fernando Higor
CRM: 12721
MÉDICO

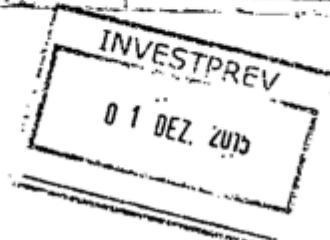
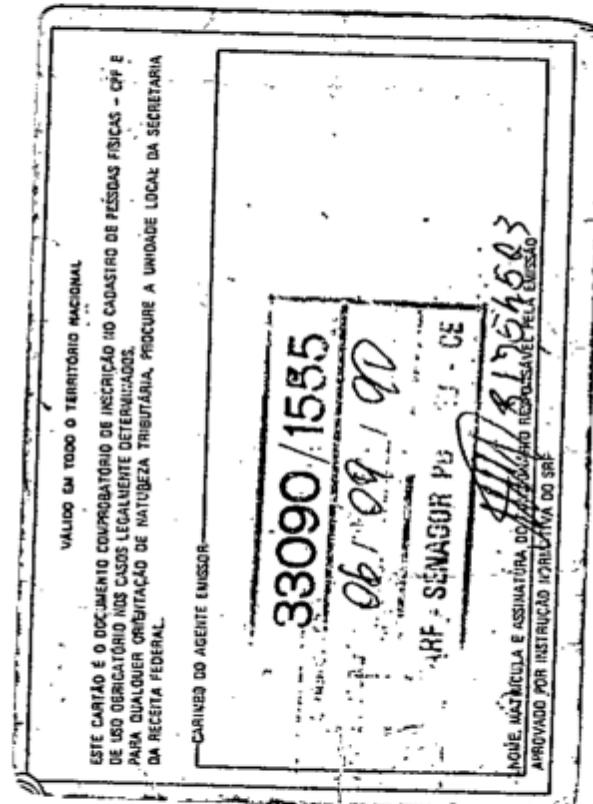
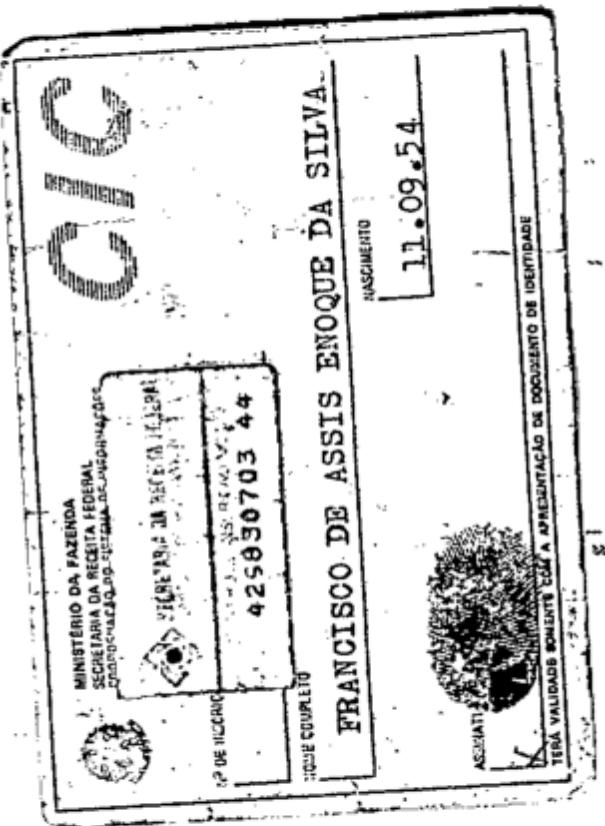
Dr. Fernando Higor

CRM: 12721





DOCUMENTO 6 - T6%





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **429.830.703-44**

Nome da Pessoa Física: **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/09/1954**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/01/1991**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **23:28:06**: do dia **27/10/2015** (hora e data de Brasília).

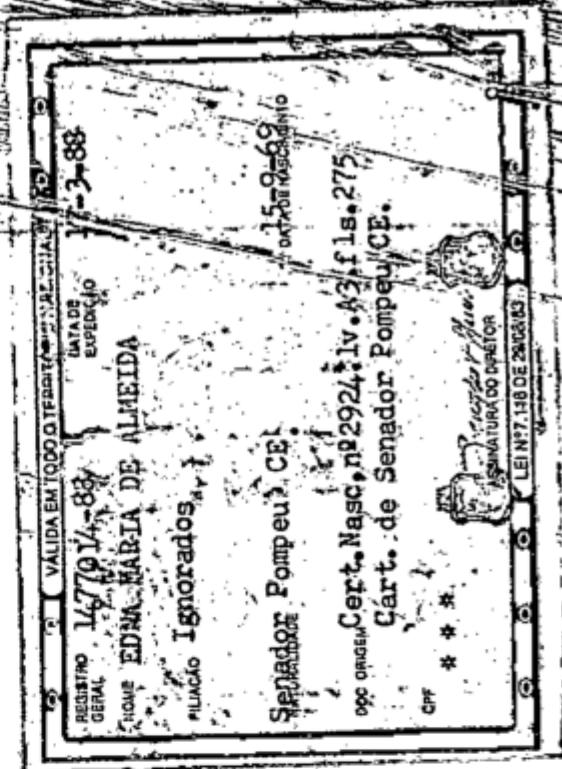
Código de controle do comprovante: **A680.9A27.51B3.756A**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

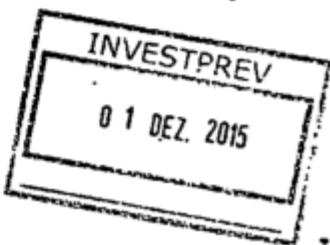
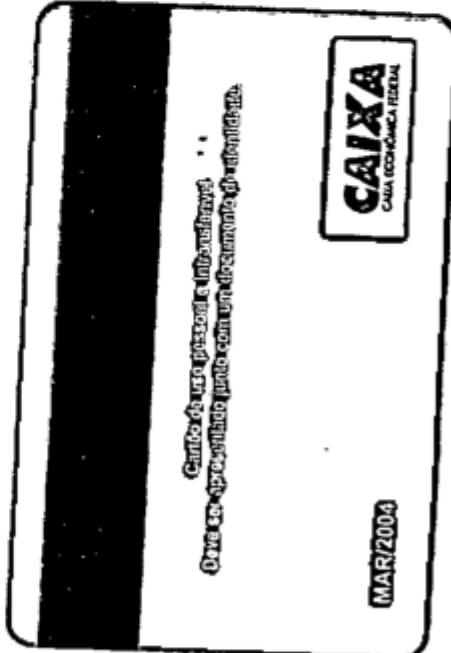
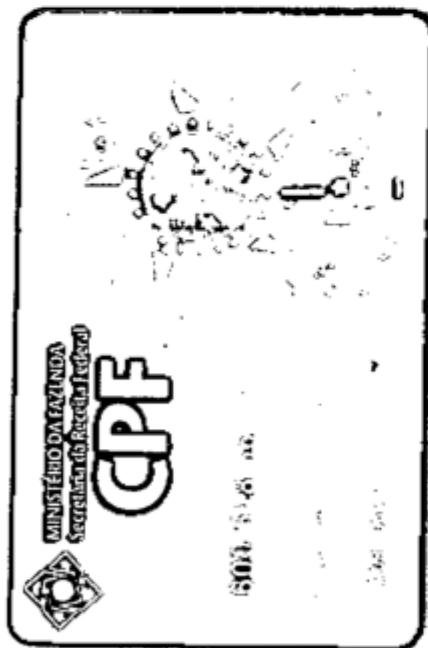
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





DOCUMENTO 3 "T3%"





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **600.518.663-90**

Nome da Pessoa Física: **EDNA MARIA DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: **15/09/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/03/2004**

Dígito Verificador: **00**

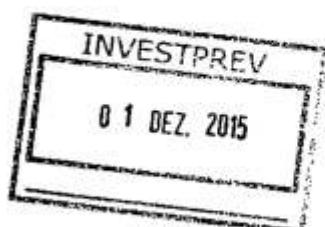
Comprovante emitido às: **23:40:07**: do dia **27/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0A11.E7DC.73A8.B080**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURO

DETIN/CE		Nº 010309954328	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		EXERCÍCIO	
COD. REGR.	0142224612	ANO	2014
FRANCISCO ANTONIO LOPES DE LIMA		PLACA	
MILHA/CFL		402-7519-1321	40UW1975
CARRO		CHASSIS	CE-100000000000
EXERCÍCIO		CPF/CNPJ	02275191321
COMBUSTÍVEL		ANO/IMPÉL	2014
GÁSOLINA		CHASSIS	HONDA XL
MARCAS/Modelo		ANO/FAB.	1989
HONDA XL		DATA FEDOM.	1989
DUAT		CATEGORIA	125
2P/17CV/125CC		VEÍCULO UNICO	BRANCA
FAIXA LATERAL		PARCELAMENTO/COTA UNICA	1 ^º COTA 2 ^º ISENTO
P.Y.A		DATA DE PAGAMENTO	08/07/2014
PREMIO TARIFARIO (RS)		VALOR TOTAL (RS)	129.04
288.75		VALOR DO BILHETE (RS)	129.04
CONTRIBUIN		VALOR PAGO (RS)	129.04
DE NLRHNN		VALOR PEND. (RS)	0.00
		DATA DE PAGAMENTO	08/07/2014
		DATA DE QUITAÇÃO	08/07/2014
		PAGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> PARENTEADO
		COTA UNICA	<input checked="" type="checkbox"/>

BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CE N° 010309954328	
VALIDADE: 08/07/2014 - 07/07/2015	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO DOS BREVES CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.dpvatservice.com.br	
SAC DPVAT: 0800 021104	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2014	08/07/2014
CPF/CNPJ	PLACA
011.022.751.91321	HONDA XL
ANO/IMPÉL	DATA EMISSÃO
1989	08/07/2014
RENAULT	PLACA
422246123	9C2-JD0801KR502714
ANO/IMPÉL	DATA EMISSÃO
1989	08/07/2014
PRÉMIO TARIFARIO	VALOR PAGO (RS)
129.04	129.04
VALOR PEND. (RS)	0.00
DATA DE PAGAMENTO	08/07/2014
PAGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> PARENTEADO
COTA UNICA	<input checked="" type="checkbox"/>
SEGURADORA: DPVAT	
LOTE/DOC	010309954328
MOTOR	1002783
DATA	08/07/2014
INVEST/PREV	01 DEZ. 2015

DOCUMENTO-7 T7%



SS

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU

ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS –
REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambraia, 319, Centro
CEP 63600-000, Senador Pompeu – Ceará – Brasil
CNPJ/MF- 05674080/0001-84

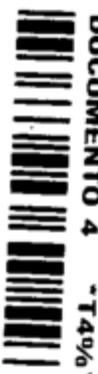
Telefone: (88) 3449 0275
dylcartorio@hotmail.com

DILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA
Tabeliã e Registradora Pública Interina

TRASLADO DE PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA à EDNA MARIA DE ALMEIDA, na
forma abaixo:

SAIBAM quantos este Público Instrumento de Procuração virem,
que em trinta e um (31) de Agosto (8) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade e
comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, compareceu(ram) como
OUTORGANTE(S): FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA, brasileiro,
casado, agricultor, portador(a) da cédula de identidade nº 1694805-88-SSP/CE,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 429.830.703-44, com endereço rua José Clemente, s/n,
bairro Caracará, Senador Pompeu - CE., assinando a rogo: **JOÃO PAULO
GONÇALVES DE BRITO**, brasileiro, solteiro, universitário, portador(a) da cédula de
identidade nº 2007007289-7-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 043.447.213-14,
com endereço distrito de Engenheiro José Lopes, Senador Pompeu - CE.. E pelo(a)(s)
qual(is) me foi dito que por este instrumento e na melhor forma de direito, nomeia(m) e
constitui(em) seu (sua) bastante **PROCURADOR(A): EDNA MARIA DE
ALMEIDA**, brasileira, solteira, do lar, portador(a) da cédula de identidade nº 1477014-
88-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 600.518.663-90, com endereço rua
Francisco Leandro, 05, , ce itro, Senado Pompeu - CE.. Conhecidos como os próprios
por mim, Tabeliã Interina, através de seus documentos de identificação, de cuja
identidade e capacidade jurídica dou fé, e, a justo título e na melhor forma de direito,
diz(em) o(a)(s) outorgante(s) que **confere(m) amplos e ilimitados poderes para:**
especialmente para dar encaminhamento e/ou receber junto a Seguradora Líder, no
Estado do Rio de Janeiro, e onde mais se tornar necessário, o Seguro DPVAT a que tem
direito, referente ao acidente automobilístico ocorrido aos 14/06/2015 na Estrada que
liga Catarina à Acopiara / CE, podendo p. a isso, transigir, requerer, assinar todo e
qualquer documento, inclusive a autorização de pagamento/crédito de indenização de
sinistro DPVAT, dar quitação, total ou parcial, receber ordem de pagamento, junto as
instituições bancárias, preferencialmente Banco Brasil S/A, agência - 0239-9;
conta/poupança - 124738, agência de Senador Pompeu-CE; juntar e retirar documentos,
prestar esclarecimentos, solicitar certidões, conferindo amplos e ilimitados poderes para
constituir advogados se necessário, usando dos poderes com **Cláusula "Ad Judicia"**,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, enfim praticar todos os atos
admitidos em direitos, e necessário ao fiel desempenho deste mandato, cujos poderes
aqui outorgados são específicos e restritivos para o recebimento do Seguro Obrigatório
DPVAT, e as respectivas ações judiciais e/ou extra judiciais, em consequência do
sinistro (caso sejam necessárias), inclusive substabelecer com **ouN'serPreservar** de

01 DEZ. 2015



poderes.. Assim o disse, do que dou Fé. Lida a presente ao(s) outorgante(s), achou-a em tudo conforme, outorgou, aceitou e assina. Custas na forma da Lei, incluindo o FERMOJU e SELO. EU, Dilvânia Maria Machado Vieira, Tabeliã Interina, digitei e subscrevi. O referido é verdade. Dou Fé. Senador Pompeu - Ceará, **31 de Agosto de 2015.**

Em Test.º da Verdade

Dilvânia Maria Machado Vieira
Tabeliã Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA
Tabeliã Interina
(55) 8419-6275 - Senador Pompeu/CE

