



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	IGOR VIEIRA DE LIMA		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO		
RG	2006014185768	ESTADO CIVIL	solteiro
CPF	056541543-38	PROFISSÃO	motorista
ENDEREÇO	RUA MARIA JOSE 1502		
BAIRRO	TABUTI	CEP	61880-000
MUNICIPIO / UF	ITAINGA		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

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), 09 de Novembro de 2020

x IGOR VIEIRA DE LIMA

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, IGOR VIEIRA DE LIMA, brasileiro(a),
SOLTEIRO, MOTORISTA, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 200604485768, e inscrito (a) no CPF sob o nº
056541543-38, residente e domiciliado (a) na Rua
MARIA JOSE, nº 4802, no bairro
JAIBUTI, na cidade ITAITINGA, CEP 61880-000,

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), 09 de Novembro de 20 20

X IGOR VIEIRA DE LIMA

Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, IGOR VIEIRA DE LIMA, brasil
eiro(a), SOLTEIRO, MOTORISTA, portador(a) da cédula de Identidade Nº
2006014185768 e CPF Nº 056541543-38, DECLARO
que resido no seguinte endereço: RUA MARIA JOSE, nº
4502, no bairro JABUTI, na cidade de ITAITINGA, CEP
61880-000, 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, 09, de Novembro, de 2020

x IGOR VIEIRA DE LIMA
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, IGOR VIEIRA DE LIMA, portador (a) do RG nº 2006014185768, e CPF 056541543-38, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 29/09/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo 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 judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, 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), 09 de Novembro de 20 20

IGOR VIEIRA DE LIMA
Declarante

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

CAROLINA FREITAS MOREIRA
Advogada
OAB/CE nº 23.787
Endereço: Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, Edifício Palácio Progresso, Centro, Fortaleza/CE, CEP 60.055-10

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 09/11/2020 às 15:47, sob o número 02638613320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0263861-33.2020.8.06.0001 e código 7A8B71D.

MINISTÉRIO DAS CIDADES / BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551361727



NOME
IGOR VIEIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006014185768 SSP CE

CPF 056.541.543-38 **DATA NASCIMENTO** 25/11/1993

FILIAÇÃO
IVAN BRITO DE LIMA
MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AD

Nº REGISTRO 05948231678 **VALIDADE** 09/11/2022 **1ª HABILITAÇÃO** 05/12/2013

OBSERVAÇÕES
EAR;

Igor Vieira de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO** 14/12/2017

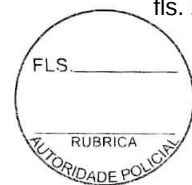
Igor Vieira de Lima
NOR VACINCELOR PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551361727



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA
Impresso nº 2019843859



fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 208 - 1710 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2019 16:04:19**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2019 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD BR 116 CEP: 61.880-000, PEDRAS - ITAITINGA/CE**
Ponto de Referência: **ALTURA KM 17**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IGOR VIEIRA DE LIMA**
Nascimento: **25/11/1993** CPF: **056.541.543-38**
RG: **2006014185768** Órgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA**
IVAN BRITO DE LIMA
Endereço: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA, 1521**
Bairro: **JABUTI**
Município: **ITAITINGA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8789-6433**

Histórico

Afirma o declarante que no dia local e horário acima mencionado estava como ocupante do automóvel fiat Punto Atractive placa OCG 2636/CE Cor cinza RENAVAM 348287410 CHASSI 9BD118181C1166888 ANO 2011/2012 licenciado em nome de FRANCISCO NÁCELIO MONTEIRO ALVES, este era o condutor, que juntamente com os dois estavam mais dois amigos, o grupo estava voltando da cidade de Fortaleza no sentido Itaitinga, quando na altura do km 17, próximo a SEFAZ o condutor do veículo ficou sonolento e por está com muito sono veio a bater o veículo no meio fio, que em seguida capotou, que após conseguir sair do veículo o declarante ligou para familiares que compareceram até o local do acidente e em seguida foram socorridos para o Instituto José Frota-IJF, onde o declarante deu entrada com as seguintes queixas: escoriação frontal, dor nas costas, trauma no punho D, sangramento no joelho E, que está registrando o fato para fins DPVAT e irá a PEFOCE realizar exame de corpo de delito (já emitiu e pagou DAE) OBS: POR MOTIVO DE LESÃO NO braço direito o declarante colocará como assinatura neste boletim de ocorrência somente a digital. E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIA EDINEIDE PINHEIRO DE SOUSA - MAT.: 301198-3-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

WILSON LIMA CAMELO - MAT.: 3012233X

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/11/2020 às 15:47, sob o número 02638613320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0263861-33.2020.8.06.0001 e código 7A8B71D.

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 29/09/2019 04:52:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700909927012892	NOME: IGOR VIEIRA DE LIMA				Registro: 5637865		
CPF: 05654154338	RG:	D. NASC: 25/11/1993	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA				NOME DO PAI: IVAN BRITO DE LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: MARIA JOSE			Nº: 1502	BAIRRO: JABOTI		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 986129748	MUNICÍPIO: ITAITINGA		UF: CE	CEP: 61880000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA			PARENTESCO: MAE		TELEFONE: 986129748		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro), Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda							
QUEIXAS: ESCOREAÇÃO FRONTAL, DOR NAS COSTAS, TRAUMA NO PUNHO D, SANGRAMENTO NO JOELHO E, APOS CAPOTAMENTO							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: IGOR VIEIRA DE LIMA**Idade:** 25 ano(s) 11 mes(es) e 4 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5637865**Endereço:** MARIA JOSE, Nº: 1502**Bairro:** JABOTI**Num:** 1502**CEP:** 61880000**UF:** CEARÁ**Cidade:** ITAITINGA**Localização****Clinica:** UNIDADE 17**Enfermaria:** 173**Leito:** 1719**Internação** 01/10/2019

18:12

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

FRATURA DE GALEAZZI DE PUNHO DIREITO EM 29/09/19. CIRURGIA EM 25/10/19 DR RENATO. MARCAR RETORNO AMBULATORIO DR RENATO EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS

Exames Realizados

vide prontuário

Terapêutica Utilizada

CIRURGIA EM 25/10/19 DR RENATO.

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S62 - FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S62	FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO
Não	S360	TRAUMATISMO DO BACO
Não	J90	DERRAME PLEURAL NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE
Não	S354	TRAUMATISMO DE VASO SANGUINEO RENAL
Não	S411	FERIMENTO DO BRACO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 29/10/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: DIEGO FREITAS FÉLIX

Data: 29/10/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020407	Procedimento Eletivo	25/10/2019 17:50	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	RENATO FERNANDES FONTENELE

Resumo de alta

NOME: IGOR VIEIRA DE LIMA

LEITO: 1719

DATA DE 29/ 09/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 29/10/2019

BE/PRONT: 5637865

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 25

DIAGNOSTICOS: Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)

CONDUTA FRATURA DE GALEAZZI DE PUNHO DIREITO EM 29/09/19. CIRURGIA

DECIDIDA EM 25/10/19 DR RENATO. MARCAR RETORNO AMBULATORIO DR

PARA CADA RENATO EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS

LESAO:

STAFF QUE

OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marca
MAPA DO DIA 25/10/2019 - Sexta-Feira									
30	1	13:30	1719	RENATO	FONTENELE		PEQUENOS FRAGMENTOS CONVENCIONAIS + FIOS DE K 2.0 E 2.5CX BASICA TO PARA MMSS + CX PEQUENOS FRAG + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO ESPECIFICADA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Ass.:

Data: 29/10/19

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5637865 - IGOR VIEIRA DE LIMA

Sexo: Masculino Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 22 Data de Nascimento: 25/11/1993
 Endereço: MARIA JOSE, Nº: 1502
 Bairro: JABOTI Cidade: ITAITINGA
 CEP: 61880000 UF: CEARÁ

Num: 150

SITUAÇÃO ATUAL

Críticidade: Não Destino: UNIDADE 17(Traumatologia)

Avaliação de risco ESEL11: 11 - 17 = Grau I - Cuidados mínimos - CM

NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS: Pacientes fisiologicamente estáveis requerendo cuidados mínimos de enfermagem.

Prioridade: ---

Apache II: ---

Histórico clínico

Paciente admitido neste hospital, no dia 29/09/19, trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico do tipo capotamento de carro. Apresentou-se consciente e orientado, com dor abdominal, irritação peritoneal e FAST+ (líquido livre em peritônio no espaço hepatorenal, fígado de saco e espaço esplenoarenal, cerca de 400 ml e hematoma esplênico medindo 05 cm). Além disso, apresentava escoriação frontal, dorsalgia, trauma no punho direito e sangramento no joelho. Foi avaliado pela TO, identificada fratura fechada diafisária de antebraço direito e fratura axilo-palmar, devendo retornar à TO após alta da cirurgia geral. Foi submetido à laparotomia exploradora, cujos achados foram hemoperitônio (400 ml), lesão esplênica grau III e hematoma em retroperitônio em zona I e II à esquerda. Realizado esplenectomia parcial (preservando superior) com revisão de hemostasia. Paciente evolui estável clínica e hemodinamicamente, afebril, diurese e evacuações fisiológicas.

CID10 (Principal): S360 TRAUMATISMO DO BACO

Cuidados paliativos: Não (Nenhum) Em acompanhamento SCP: --- Reunião familiar: ---

Medidas medidas de limitação de suporte: Não

☐ Iniciar RCP ☐ Não intubar ☐ Não iniciar hemodiálise ☐ Não iniciar DVA
☐ Não iniciar ATB de Amplo Espectro ☐ Limitar a solicitação de Exames ☐ Não encaminhar à UCI

SSVV

FC: 76 FR: 18 PA: 110/70 SPO2: 100% T: 36°C

ANTECEDENTES**Comorbidades:**

☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ DPOC ☐ Sequela AVC
☐ Insuficiência cardíaca ☐ DAC ☐ Cardiopatia congênita
☐ Doença neuromuscular ☐ Hepatopatia ☐ Neoplasia ☐ Encefalopatia crônica
☐ Displasia pulmonar ☐ Outros: ---

Alergias: Não Quais? ---

Diálise: Não

Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ

1

17/10/2019

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

DR. LEONARDO MACEDO
 RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL
 CRM 27031

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5637865 - IGOR VIEIRA DE LIMA
Sexo: Masculino Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 22 Data de Nascimento: 25/11/1993
Endereço: MARIA JOSE, Nº: 1502
Bairro: JABOTI Cidade: ITAITINGA
CEP: 61880000 UF: CEARÁ

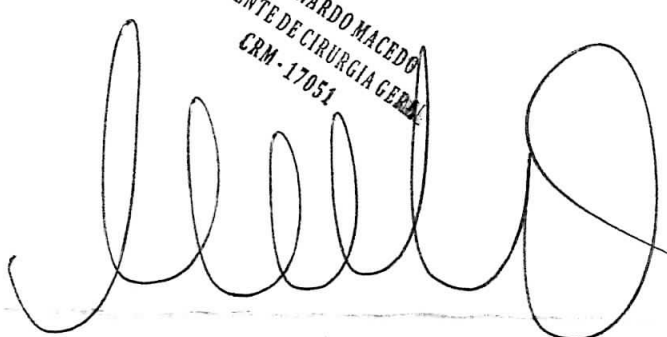
Num: 1502

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Cadeira de rodas

DR. LEONARDO MACEDO
RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL
CRM - 17051



Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ

3

17/10/2019

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/11/2020 às 15:47, sob o número 026386133-2020.8.06.0001 e código 7A8B71D. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0263861-33.2020.8.06.0001 e código 7A8B71D.

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: IGOR VIEIRA DE LIMA

LEITO: 1719

DATA DE 29/09/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 29/10/2019

BE/PRONT: 5637865

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 25

DIAGNOSTICOS: Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)

CONDUTA FRATURA DE GALEAZZI DE PUNHO DIREITO EM 29/09/19. CIRURGIA

DECIDIDA EM 25/10/19 DR RENATO. MARCAR RETORNO AMBULATORIO DR

PARA CADA RENATO EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS

LESAO:

STAFF QUE

OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

Ass: Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 29/10/19

Dispensa do trabalho por :

90 dias

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009861

Vítima: IGOR VIEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR VIEIRA DE LIMA

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\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 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: IGOR VIEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000288-7

Conta: 00000183704-4

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,

Pag. 01551/01552 - carta_15R - INVALIDEZ

00030776



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/11/2020 às 15:47, sob o número 02638613320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0263861-33.2020.8.06.0001 e código 7A8B71D.

2328470

Atenta Solicite de Energia Elétrica
Su credencial para Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Roldão, 100
CEP 60135-140 | Fortaleza CE

CNPJ 07547251/0001-10 | CEF 06 105 546-3

Referência 10/2020

Foto IT107L02 - 96200

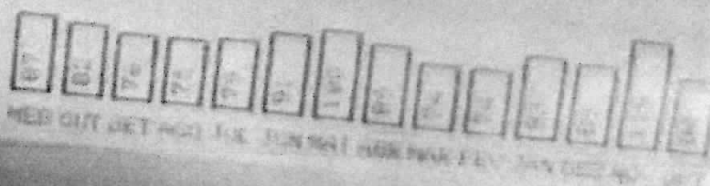
Nome MARIA LUCIENE VIEIRA

Endereço RU MARIA JOSE, 01502, JABUTI, 61880-000, ITATINGA

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 14/10/2020
Medidor 2395044-NAN-270

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



MED OUT DET AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ NOV OUT

DE LETURA

P.P. 32 dias

Medida 12/09/2020

Atual 14/10/2020

Próxima prevista 12/11/2020

DE MEDIÇÃO

Medida	Leit. Anterior	Leit. Atual	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12/09/2020	22.280	22.280	1,00	02	02	02	0,47700	0,95400

DE LETURA

0,77700

0,95400