

SINISTRO 3150198205 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** SAMUEL SOUSA CAETANO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A**ENDEREÇO** Rua Carlos Dietzsch, 391, Portão, Curitiba - 18, CEP: 80330-000**BENEFICIÁRIO** SAMUEL SOUSA CAETANO**CPF/CNPJ:** 06436724354**Posição em 10-08-2015 15:51:10**

Pedido de indenização consta como negado em sistema. Para mais informações procure procure o local em que o pedido de indenização foi analisado (ver endereço acima).

PROCURAÇÃO

Nome: Samuel Sousa Castano
 Nacionalidade: Brasileiro, estado civil: Solteiro
 Profissão: _____

RG: 20075167594 SSP/PE CPF: 06436724354

Logradouro: Rua Coronel Francisco Berto
 Nº 454, Compl _____
 Bairro: Dom Lúscara CEP: 60526328
 Cidade: Fortaleza, UF: Ceará Tel: 89094720

OUTORGADO: FELIPE REINALDO RABELO LEAL, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 17.528,, com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco, 1779, Centro, Fortaleza - Ceará, Fone: (85) 3252-5645 (85)999728-7940, onde recebe intimações, notificações, etc.

PODERES: Para o FORO EM GERAL, com Cláusula "ad-judicia et extra", para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 27 de Julho de 2015.

Samuel Sousa Castano

Assinatura

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: <u>Samuel Sousa Cartano</u>		
RG: <u>20075167594</u>	SSP/CE	CPF: <u>064 367.24354</u>

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: <u>Rua Coronel Francisco Bento nº 454</u>	
Complemento: _____	
Bairro: <u>Dom Lúcio</u>	CEP: <u>60526-328</u>
Cidade: <u>Fortaleza</u>	UF: <u>Ceará</u>

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente.

Fortaleza/Ce, 97 DE Julho 20 15

Samuel Sousa Cartano
CPF

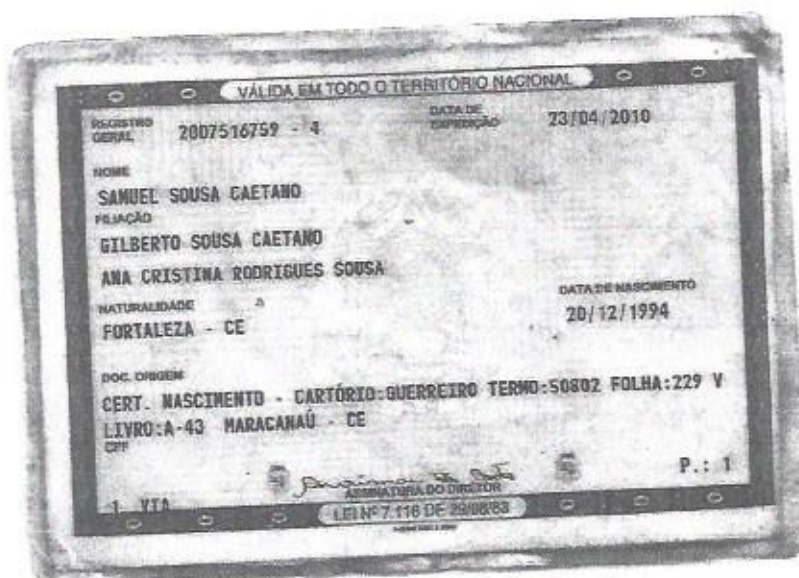
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Nome: <u>Samuel Sousa Castro</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado: <u>Ceará</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	
Profissão: _____			
Rg: <u>0075167594</u>	SSP/PE - CPF: <u>06436724354</u>		
Logradouro: <u>Rua General Francisco Bonta</u>			
, No <u>454</u>		, Compl. : _____	
Bairro: <u>Dam Lusa</u>	CEP <u>60526-328</u>		
Cidade: <u>Fortaleza</u>	Telefone: <u>89097720</u>		

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 27 de Julho de 20 15

Samuel Sousa Castro





VENIMENTO 22/04/2014		TOTAL A PAGAR (R\$)		151,51																															
importante Energia 52,00 Transmissão 02,00 Distribuição 02,00 Encargos Setoriais 02,00 Tributos IODE PIS-COFINS 02,00 TOTAL 125,00		<table border="1"> <tr> <td>1300</td> <td>1400</td> <td>1515</td> <td>1615</td> <td>1715</td> <td>1815</td> </tr> <tr> <td>1900</td> <td>2000</td> <td>2100</td> <td>2200</td> <td>2300</td> <td>2400</td> </tr> <tr> <td>2500</td> <td>2600</td> <td>2700</td> <td>2800</td> <td>2900</td> <td>3000</td> </tr> <tr> <td>3100</td> <td>3200</td> <td>3300</td> <td>3400</td> <td>3500</td> <td>3600</td> </tr> <tr> <td>3700</td> <td>3800</td> <td>3900</td> <td>4000</td> <td>4100</td> <td>4200</td> </tr> </table>				1300	1400	1515	1615	1715	1815	1900	2000	2100	2200	2300	2400	2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3300	3400	3500	3600	3700	3800	3900	4000	4100	4200
1300	1400	1515	1615	1715	1815																														
1900	2000	2100	2200	2300	2400																														
2500	2600	2700	2800	2900	3000																														
3100	3200	3300	3400	3500	3600																														
3700	3800	3900	4000	4100	4200																														
CONSIGNAÇÃO EM CARTÃO CREDITO DE ESTIMADO O DEBITO EM CARTÃO CREDITO - BOM FIM S.A. - AGÊNCIA - 1046. Quanto desta fatura R\$ 2,12 referente a PIS e COFINS. Data: 14/04/2014 - Valor: R\$ 2,12 - Total: R\$ 2,12		DEBITO POR ANTICIPO No. 1000 Valor R\$																																	

A partir de 2014 passaram a circular as Bandejas Tarifárias. A bandeja verde (ao lado) indica cobrança adicional, as bandeiras Amarela e Vermelha, quando colocadas, indicam as tarifas de maior valor, devido ao maior custo de operação. No mês de Setembro, passaram a circular também a azul, que indica a tarifa de menor custo de operação no mês de tarifa. Clique em Imagens para informações em imagens maiores.

Nº do Gênero: 7518952-2
Data de Emissão: 03/01/2014
Nº do Documento: 322787873

Referência: Jan/2014
Total A Pagar (R\$): 151,51
Nº de Controle: 0001073952 39242 00477 73





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 111 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/02/2015 16:33:00**
 Data / Hora da Ocorrência : **26/12/2014 16:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **R GOMES DE FARIAS**

MONTESE FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SAMUEL SOUSA CAETANO**
 Nascimento : **20/12/1994**
 RG: **20075167594** Órgão Emissor: **SSPDS UF: CE - CPF:**
 Filiação: **GILBERTO SOUSA CAETANO**
ANA CRISTINA RODRIGUES SOUSA
 Endereço: **AV JOAO PESSOA 77**
DAMAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **3232.5877**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA DP A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADOS, PILOTAVA SUA MOTO SHINERAY CICLOMOTOR XY50 -49CC 2010, DE COR PRETA, CHASSI Nº LXYYCBL88A5944003, NA RUA GOMES DE FARIAS, VIA SECUNDÁRIA, E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM UMA RUA PREFERENCIAL, QUE NÃO SABE DECLINAR O NOME, AVANÇOU A VIA, COLIDINDO COM UM OUTRO VEÍCULO: TÁXI DE PLACA NÃO ANOTADA, E APÓS O IMPACTO O TAXISTA EVADIU-SE DO LOCAL ENQUANTO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O IJF CENTRO, PERMANECENDO INTERNADA POR UM MÊS; QUE, NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; E NADA MAIS DISSE.X.X.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROCILEIDE SOUZA DA SILVA MAIA MARTINS - MAT.: 133211-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Samuel Sousa Caetano*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

Bel César Wagner Maia Martins
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
 Mat. 11.201

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/12/2014 23:35	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 78145273643256	NOME: SAMUEL SOUSA CAETANO		Registro: 5149398		
CPF: 064.367.243-54	RG: 2007516759	D. NASC.: 20/12/1994	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: PARDA
NOME DA MÃE: ANA CRISTINA RODRIGUES SOUSA		NOME DO PAI: GILBERTO SOUSA CAETANO			
TIPO DE LOGRADOURO: AV	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOÃO PESSOA		Nº: 77	BAIRRO: DAMAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60000-000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME:		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: acidente automobilístico					
QUEDAS: TRAUMA OMBRO DIREITO / TRAUMA PERNA DIREITA					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL	0		MMHG		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0		MRM		
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0		BCM		
TEMPERATURA	36,00		°C		
GLUCEMIA	0		MG/DL		
SATURACÃO DE O2	0		O2		
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

**PROTOCOLO DO IJF
RAE RETIRADA
PELO SISTEMA
DATA 25/02/2015
SERVIDOR**

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	3150/198205	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez	
Categoria:	01- automovel			
Data Sinistro:	26/12/2014	Data Recepção:	05/03/2015	Data Rateio: 24/04/2015
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	Suspensão Dpvt Aqui Fortaleza 2	
Preparador:	Atendimento (Apoio)			
Analista:	Juliana Assumpção Moreira			
Situação:	Negado			
Filial:	MBM Serviços de Seguros	Protocolo:	0	

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	06/03/2015	Nº Carta	317
---------------	-------------------	----------	------------

VÍTIMAS

Vítima	Samuel Sousa Caetano	Estado
Endereço:	Rua Coronel Francisco Bento, 454 - Dom Lustosa - Fortaleza-CE -	
Cep:	60.526-328	
Telefone		

89097720
85305591

DOCUMENTOS

Descrição	Sequela não indenizável - 27/04/2015		
Data da Solicitação	00/00/0000	Data Recepção	00/00/0000

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo		
CPF/CNPJ	064.367.243-54		
Data Rateio	00/00/0000	Data Pagamento	00/00/0000
Agência	0288-7	Conta Corrente	6077-1
Banco	Bradesco	Tipo Conta	Conta Corrente
Valor Indenização	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanálise	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanálise 2	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Reanálise 3	0,00	Valor Nota Fiscal	0,00
Valor Pleiteado	13.500,00		
Diferença	0,00		

negado!