



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 5234 / 2014**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **15/07/2014 13:10:48**  
 Data / Hora da Ocorrência : **18/10/2013 20:45:00**  
 Endereço da Ocorrência: **ROD BR-166 AÇUDE NOVO**  
**ZONA RURAL MORADA NOVA /CE**  
 Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ANDERSSON SALDANHA MATA**  
 Nascimento : **22/03/1986**  
 RG: Órgão Emissor: **UF: - CPF: 02779922303**  
 Filiação: **FRANCISCO DAURI MAIA DA SILVA**  
**MARIA AUCILIADORA DA SILVA COSTA**  
 Endereço: **R PREFEITO EDUARDO GIRÃO 117**  
**GIRILÂNDIA**  
**MORADA NOVA CE BRASIL** Telefone:

*Histórico*

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa de que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.  
**AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADO, A ESTAVA NA GULANDO A MOTOCICLETA HONDA 150 FAN- PLACA ONU-8015-CE, COR PRETA, ANO 2013, QUANDO AO FAZER UMA CURVA SORROU E CAIU AO SOLO; QUE DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE MORADA NOVA E CONSTATADO FRATURA TRAUMATISMO NO JOELHO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES NO PE EQUERDO ESCORAÇÕES EM M.T.D. NADA MAIS DISSE**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ANTONIO ERIVANDO RIBEIRO CUEDES - MAT.: 15533714**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : ANDERSSON Saldanha Mata**

**VISTO DO DELEGADO(A) : RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 167746-1-8**

*Antonio Erivando Ribeiro  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 15533714*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RUDSON DE OLIVEIRA ROCHA, sob o número 01556203320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfca.jus.br/sgstf/publicar/pag/abrir-ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155620-33.2018.8.06.0001 e código 3B3142F.



Perícias Funcionais

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional  
CREFITO 171722-F

**Laudo Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Informações do Paciente**

Nome da Vitima: *ANDERSSON SALDANHA MIA*

CPF: *027 799 223 03*

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as RESOLUÇÕES, Nº 41 de 18 de junho de 2009 e nº 387, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

**Resultado da Avaliação do Perito Examinador**

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim    ( ) Não    ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

*Paciente em ALH definitiva.*

II. Com base no quadro clínico atual da Vitima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

*Membro Inferior Esquerdo*

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vitima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

*65% de incapacidade em sede de membro inferior esquerdo, em tratamento conservador.*

CID: \_\_\_\_\_

III. Há indicação da Vitima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnostico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos:  Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares:  Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.





Perícias Funcionais

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional  
CREFITO 171722-F

b)  Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

*AO EXAME CLINICO PRESENTE DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO O FOCO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E SEQUELA.*

CID: \_\_\_\_\_

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame clínico se pode documentar:

( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

( ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Membro Superior Esquerdo  
Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  50% médio ( ) 75% grave

2ª Lesão:  
Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

3ª Lesão:  
Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

4ª Lesão:  
Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Perito.

*Morrandas de M. Aires* em 02 de Junho de 2014

Dr. Morrandas de M. Aires  
CREFITO 171722-F  
Perito Responsável

E-mail: [morrandas@hotmail.com](mailto:morrandas@hotmail.com)  
CPF 070.453.674-90

FONES: (83) 3366.1264  
(83) 9181.3769  
(83) 9986.6164

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/09/2018 às 11:06, sob o número 015562033201880600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155620-33.2018.8.06.0001 e código 3B3142F.



# FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

**SANTA CASA DE MORADA NOVA**

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@brisanet.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.2230

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 28/10/2013, às 22:45 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, o Sr. **ANDERSON SALDANHA MAIA** o mesmo informou que foi vítima de acidente de motocicleta apresentando: **TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO (FRATURA?) + ESCORIAÇÕES NO PÉ ESQUERDO.**

Morada Nova, 17 de Dezembro de 2013.

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

Fco. Edmir N. Lima  
PATRIARCA

Nº DO CLIENTE  
5113828-0

coelce

fls. 16

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

Rua Padre Valdeirino, 130 CEP 60125-040 Fortaleza  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 06.105  
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE B1  
Rota 16 25070 08 175060 - 8 Data de Emissão: 23/10/2013  
Nome FRANCISCA BETHANIA FREITAS DE OLIVEIRA  
End. Postal RU FRANCISCO SECUNDINO FREIRE 00274  
GIRILANDIA - MORADA NOVA - 62940000  
Medidor 2546570 Poste 0000 A84W  
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência 0,00  
RG/CPF/CNPJ 936141103-97 CCF

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003032054349 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/2012

NOME ANDERSSON SALDANHA MAIA  
FILIAÇÃO FRANCISCO DAURI MAIA DA SILVA  
MARIA AUXILIADORA DA SILVA COSTA  
NATURALIDADE MORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 22/03/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 21216 FOLHA: 316  
LIVRO: A22 MORADA NOVA - CE  
CPF

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto MORADA NOVA  
Mês Ago/2013 EUSD 4,49  
DICRI = 3,00 P

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,20			0,20		

INDICADORES SOBRE ATENDIMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Consum. For.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
825	752	1,00	73	0,00		0,11166 0,19042	3,33 E. 12
23/10/13	20/09/13		33 DIAS				

VALOR CONSUMO DO MES 11,51  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,51  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 3,34  
TOTAL 15,37

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE REGISTRO, IDENTIFICAÇÃO E PROTEÇÃO SOCIETÁRIA

Polgareiro Digital

Andersson Saldanha Maia

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VENCIMENTO 01/11/2013 TOTAL A PAGAR (R\$) 15,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	6,81
Transmissão	0,37
Distribuição	3,10
Encargos Setoriais	0,72
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,03
TOTAL	12,03

HISTÓRICO DE CONSUMO

65	73	69	60	66	70	72	78	66	61	64	53	52
Maio	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai

**importante**

A partir de 2014 vigorava o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicava cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicavam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Out/2013 viscaria a bandeira VERMELHA, a qual implicaria R\$ 0,030/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Esta conta desta fatura R\$ 1,03 referente a PIS e COFINS.  
Lei 9.080/95 - ANEEL nº 1.612 n. 15.637-02 e 10.033/03

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

027.799.223-03

ANDERSSON SALDANHA MAIA

22/03/1986

Este documento é cópia do original. Para conferir o original, acesse o site <http://resaj.rj.gov.br>, insira seu número de protocolo e abra a conferência. O processo nº 2013/33.2018.8.06.0000 protocolado em 15/08/2013 às 11:06, sob o número 0155620332018.

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
MERCADINHO ESTRELA

Data: 28/11/2014 Hora de Brasília: 11:42

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

ANDERSSON SALDANHA MAIA 11:42HR  
AGENCIA 5438 CTA 0511551-5 28/NOV/2014

DISPONIVEL  
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 10.00-  
= TOTAL DISPONIVEL ..... 10.00-  
  
SALDO TOTAL ..... 10.00-

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL-(C/C + POUP)  
-----NOVEMBRO- 2014-----  
DIA HISTORICO H.OCTO VALOR  
28 SALDO ANTERIOR 0.00  
TARIFA BANCARIA 0081014 7.50-  
CESTA BRADESCO EXPRE  
TARIFA BANCARIA 0101114 7.50-  
CESTA BRADESCO EXPRE  
DEP DINHEIRO CB 5438063 5.00  
SALDO TOTAL 10.00-

Ag. Bradesco : 5438 - MORADA NOVA  
Corresp. Banc.: 063 - MERCADINHO ESTRELA  
NSU: 024107454757 Autenticacao: 565113

OUIVITORIA BRADESCO  
0800 724 9933

-----  
DEMONSTRATIVO EMITIDO NO  
POS: 00008790 NSU: 346457402

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE Nº 010307961475  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
 VIA 01 588018490 COD. RENAVAM 000000000000 RENTG. 2013 EXERCÍCIO

FRANCISCO DJANA NEITA DA SILVA  
 MORADA NOVA/CE

31618847368 ORF/CNPJ 05U06015 PLACA

PLACA ANT./UF 9CZKCI680DR414339 CLASS. COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/MAO APLIC. HLCO/GA50L

HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

2P/DCV/149CC PARTTC PRETTA COR PREDOMINANTE

1	*****	**	**	14	*****
P	FAIXA(IPVA)	PARCELAMENTO/COITAS	2*	*****	
V	*****	**	**	3*	*****
A	*****	**	**		*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
 00/00/0000

MORADA NOVA/CE Local  
 04/11/2013 DATA

**SEÇÃO OBRIGATORIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIÁTICA PRESTES OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUINQUENAL - SEGURO DPVAT**

CE Nº 010307961475 BILHETE DE SEGURO DPVAT

31618847368 ORF / CNPJ 05U06015 PLACA  
 EXERCÍCIO 2013

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010307961475 EXERCÍCIO 04/11/2013

VIA 01 31618847368 ORF / CNPJ 05U06015 PLACA

RENAVAM 588018490 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 05 9CZKCI680DR414339 CLASS.

PREMIO TARIFARIO  
 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PNS (R\$) DENATRON (R\$) DATA DE QUITAÇÃO  
 00/00/0000

**Seguradora de Danos Consórcios**  
**do Seguro DPVAT-S/A**  
 CNPJ: 09.248.608/0001-04

MAR-2013





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO 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, Anderson Saldanha Maia  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2003032054349 EXPEDIDO POR SSPDS/EG EM 22/11/12 E  
 CPF 027799223-03 /CNPJ \_\_\_\_\_ /PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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](http://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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5438 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 511551-5

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

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

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.

Araxá, 23 de Dezembro de 2014

LOCAL E DATA

Anderson Saldanha Maia

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Anderson Saldanha Maia, portador da carteira de identidade nº 2003032054349 e inscrito no CPF/MF sob o nº 027799223-03, residente e domiciliado na R. Sr. Seguradino - 274 Cidade Marada Nova 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 dos 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 impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Anderson Saldanha Maia

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Quixadá - Ce

Local

23/12/14

Data

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

**DECLARAÇÃO**

Eu, Anderson Saldanha Maia portador da carteira de identidade nº 2003032054349 e inscrito no CPF sob o nº 027.799.223-03

Residente e domiciliado na R. Segundino Freire - 274

Cidade, Mo. Nova, Estado, Ceará, declaro, sob as penas de lei, que estou

Impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO

INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada    /   /   , Data de Saída    /   /   , Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

x Anderson Saldanha Maia

Assinatura do Declarante

Quixadá - ce

Local

23 / 12 / 14

Data

### Declaração

Eu, Anderson Saldanha Maia, RG 2003022054349  
 CPF 027-799.223-03, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
 por veículo automotor de via terrestre, em 28 / 10 / 13 fui socorrido por  
Populares, Telefone: ( )  
 levado ao  
 hospital: Santa Casa de Morada Nova.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

**“Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado”.**

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

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

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

Local: Quixadá UF: ce Data: 23 / 12 / 14

X Anderson Saldanha Maia

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Saldanha Maia  
 RG nº 2003032054349, data de expedição 22/11/12, Órgão SSPDS/CE,  
 CPF nº 027799223-03, 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>Jão Segundino Freire</u>
Número	<u>274</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>monada nova</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62940000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3445-0364 (88) 9415-2414 (88) 9903-7030</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Aracati - ce, 23-12-14

Assinatura do Declarante: x Anderson Saldanha Maia



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **535013180**

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de  
**JUL/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**N° DO CLIENTE**  
**4111514** DV **7**

**VENCIMENTO**  
**02/08/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**124,39**

Rota 18 025070 02 0355500 Medidor Poste  
Nome FRANCISCA BETHANIA FREITAS DE OLIVEIRA 454535 0000 0  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RUA PREF EDUARDO GIRA0 00362 MORADA NOVA 62940000

RG / CPF / CNPJ 936.141.103-97 CGF  
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 15443	15311	1	132	0	132

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
<b>ENERGIA CONSUMO</b>	132	0,80745	106,58

**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES	0,62
MULTA MORATORIA	1,92
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	15,27
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,82 )	

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
26/07/2018	27/08/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

FCA6.6377.8AD4.92B9.BAFE.5ED8.9542.8D74

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
106,58	27%	28,77

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	39,15
TRANSMISSÃO	4,18
DISTRIBUIÇÃO	22,31
ENCARGOS SETORIAIS	5,98
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	34,96

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,81  
Conjunto MORADA NOVA  
Mês MAI/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

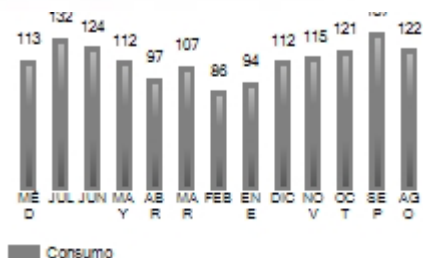
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> )
		0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **4111514-7** N° da Nota Fiscal: **535013180** Total a Pagar (R\$): **124,39**  
Data de Emissão: **01/08/2018** Referência: **JUL/2018** N° de Controle: **0004111514 00092 4302 2 20**

8380000001-7 24390031000-2 00041115140-1 00924302204-6



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/08/2018 às 11:06, sob o número 01556203320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0155620-33.2018.8.06.0001 e código 3B31430.

# Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

Nome: <i>Anderson Saldanha Maia</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>027.799.223-03</i>	RG: <i>2003032054349</i>	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor ( ) Autônomo ( ) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Prof. Eduardo Guio</i>		Nº <i>362</i>
Bairro:	Cidade: <i>M. Moree</i>	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro ( ) União Estável ( ) Casado ( ) Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

### OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

### PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

### CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

*M. Moree* (CE), *15* de *agosto* de 20 *18*.

*Anderson Saldanha Maia*  
Outorgante

\* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, **exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.**

filipe.bezerra@hotmail.com  
rodolfods@hotmai.com  
Tel.: (88) 9922-2189  
Tel.: (88) 9661-5233

# Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Anderson Saldanha Maia</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>027.799.223-03</i>	RG: <i>2003032054349</i>	Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> Agricultor ( ) Autônomo ( ) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua Pref. Eduardo Giro 362</i>		Nº: <i>362</i>
Bairro:	Cidade: <i>J. Nova</i>	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro ( ) União Estável ( ) Casado ( ) Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Telefone:	
Estado: CE		

Declaro para os devidos fins que posuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

J. Nova (CE), 15 de agosto de 20 18.

Anderson Saldanha Maia  
DECLARANTE





(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de**

### SINISTRO 3150023708 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANDERSSON SALDANHA MAIA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIC



**BENEFICIÁRIO** ANDERSSON SALDANHA MAIA

**CPF/CNPJ:** 02779922303

**Posição em 01-08-2018 15:43:41**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/02/2015	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/01/2015	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvRH1jrQik2Z8ISE
12/01/2015	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvRH1jrQik2Z8ISE

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)





[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)