

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

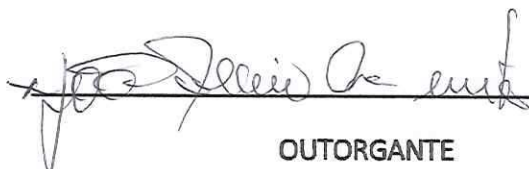
OUTORGANTE: João Odecio da Costa brasileiro(a),
estado civil casado, profissão _____ inscrito(a) sob o CPF nº
211.324.533-72 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua 109, nº 210,
Bairro Aguaçu, na cidade de Maracá, telefone 085 985701615
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones:(85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.: 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 01 de Novembro de 201 8.



OUTORGANTE



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/11/2016 20:40:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704395675897645	NOME: JOAO ODECIO DA MOTA			Registro: 5476101			
CPF: 21132453372	RG: 93002004755	D. NASC: 29/08/1953	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: MARIA IVONE DA MOTA				NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DA MOTA			
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA 109		Nº: 210	BAIRRO: ACARACUZINHO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61621120			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME:		PARENTESCO:		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA, FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO							
QUEIXAS: ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTOCICLISTA, FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Grave		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA							
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:					

Dr. João Américo Vasconcelos Neto
MÉDICO
CRM 3834
LUIZA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/UF
ASS:

No. HOSPGESTOR: 29946

LEITO:

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

DATA DE INTERNACAO: 05/ 11/ 2016

DATA DA ALTA: 07/11/2016

BE/PRONT: 5476106

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAU

NASCIMENTO: 29081953

IDADE: 63

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dia	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
Dr. Angelo Luiz Cirurgia do Joelho CRM 6256 Ass.: _____ Data : 07/11/16 Imprimir Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____ <i>Dr. Luis Helton</i>							

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
Ass: _____

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOAO ODECIO DA MOTA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	05 11 2016	DATA DA ALTA:	07/11/2016
BE/PRONT:	5476106	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	63		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TORNOZELO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Luz

Chirurgia do Joelho

CRM 6256

Ass:

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

Data: 07/11/16

Dispensa do trabalho por:

Imprimir

30 (Trinta) dias

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
 ASS: _____



ATESTADO MÉDICO

NOME: JOÃO ODECIO DA MOTA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DESTE HOSPITAL DEVIDO A FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO.

PACIENTE EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA. APRESENTA SINAIS DE ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA EM RADIOGRAFIA DE CONTROLE. QUEIXA DE DOR RESIDUAL INCAPACITANTE, COM EDEMA LOCAL. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO

DEAMBULA COM AUXÍLIO DE UMA MULETA.

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS.

CID-10: M19.1/ S82

Dr. Guilherme de Castro Oliveira
Médico Residente
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC Nº 15.901

FORTALEZA, 11 DE ABRIL DE 2018



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. FRATURA CONSOLIDADA.

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO, DOR RESIDUAL MODERADA, ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA NECESSITANDO ACOMPANHAMENTO CLINICO ESPECIALIZADO (HGF/HUWC).

ALTA AMBULATORIAL DA TRAUMATOLOGIA.

CID-10: S82

Dr. Antônio Magalhães
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.187

FORTALEZA 11 DE JULHO DE 2018

Prefeitura de
Fortaleza

LAUDO MÉDICO

Nome: João Odecio da Mota

Paciente acompanhado neste hospital devido a tratura do tornozelo há aproximadamente 3 meses. Estava em uso de fixador externo transarticular do tornozelo e progrediu para bota gessada. No momento, retirado imobilização gessada e prescrita fisioterapia motora para treino de marcha.

Sugiro afastamento do trabalho por 180 dias para reabilitação.

Fortaleza, 8 de fevereiro de 2017

Dr. George William F. Alves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000

LUIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA CIVIL / 20º DP

fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1965 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 08/11/2016 14:38:38
Data / Hora da Ocorrência: 04/11/2016 19:30:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA LATERAL SUL
Complemento:
Bairro: ACIDENTE DE TRÂNSITO Município: MARACANAÚ/CE
Ponto de Referência: ESQUINA DA ESCOLA MILTON DIAS

DOCUMENTO ORIGINAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO ODECIO DA MOTA
Nascimento: 29/08/1953 CPF:
RG: 93002004755 Órgão Emissor: SSPDS
Filiação: MARIA IVONE DA MOTA
RAIMUNDO NONATO DA MOTA
Endereço: RUA 109, 210
Bairro: ACARACUZINHO
Município: MARACANAÚ/CE
País: BRASIL

UF:

CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: MARIA HELENA SOUSA DA MOTA
Nascimento: 18/05/1967 CPF: 857.113.303-49
RG: 98002362555 Órgão Emissor: SSP
Filiação: MARIA ELICE RODRIGUES
ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: RUA 109, 210
Bairro: CONJ. ACARACUZINHO
Município: MARACANAÚ/CE
País: BRASIL

CEP:

Telefone:

LIBIA CORRETORES DE REG. LTDA.

05 JUL. 2016

ASS:

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA ACIMA CITADO, SEU ESPOSO O SR. JOÃO ODECIO DA MOTA, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, DE PLACA OHX0256, RENAVAM 476154022, CHASSI: 9C2JC411UCR570099, REGISTRADO NO DETRAN EM NOME DE TARCISIO NUNES CABRAL JUNIOR, UM AMIGO DE JOÃO ODECIO, QUANDO AO PASSAR PELA RUA FOI DESVIAR DE UMA CARRETA (NÃO FOI ANOTADA A PLACA), ESTA QUE FREOU E JOÃO ODECIO NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL FROTÃO, ONDE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 07/11/2016, JOÃO ODECIO TEVE FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO ESQUERDO, E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E TEM QUE VOLTAR COM UM MÊS AO HOSPITAL PARA COLOCAR PLATINA NO TORNOZELO, O MOTORISTA DA CARRETA SAIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO, A VÍTIMA DO ACIDENTE JOÃO ODECIO RECOMENDAÇÃO MÉDICA O MESMO TEM QUE PASSAR 30 DIAS SEM ANDAR, IMPOSSIBILITANDO ASSIM DE COMPARECER A ESTA DELEGACIA PARA O

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

Handwritten signature

Pág. 1 de 2

Imprimado em 04/11/2016 14:38:38

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2016 às 14:24, sob o número 01771604020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177160-40.2018.8.06.0001 e código 3FE1191.

Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr. **JOÃO ODECIO DA MOTA**, RG Nº 93002004755 SSP/CE, filho de **RAIMUNDO NONATO DA MOTA** e de **MARIA IVONE DA MOTA**, nascido em 29/08/1953, natural de **SANTANA DO ACARAÚ/CE**, residente na Rua: 109 Nº210 ,Acaracuzinho, **MARACANAÚ-CE**, o qual na data de 04/11/2016, por volta de 19:50hs, foi vítima de colisão no trânsito.

A vítima foi conduzida ao Hospital **HMJEH - Maracanaú/CE**.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ - CE, 08 de Novembro de 2016

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
Luna Jéssica de Souza Moraes
LUNA JÉSSICA DE SOUZA MORAIS
ASSIST. SOS MARACANAÚ

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018
ASS: _____

FICHA DE ATENDIMENTO S.S. MARACANAU Nº DA SOLICITAÇÃO 04 RS 04	
HORA DA SOLICITAÇÃO 19:55 HORA DE CHEGADA AO LOCAL 20:00 HORA DA SAÍDA DO LOCAL 20:10 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 20:26	
1. DATA 04/11/16	2. ENDEREÇO R. Joq C/210
3. REFERÊNCIA	4. SEXO ☒ Masc. ☐ Fem.
5. IDADE 63	6. BAIRRO Acapulquina
7. NOME Teófilo Odécio da Mota	
8. C. EXTERNAS	
8.1 ☐ Alopneumia	8.2 ☐ Cirose
8.3 ☐ Colúrio	8.4 ☐ Queda de bicilela
8.5 ☐ Queda de moto	8.6 ☐ Queda
8.7 ☐ Agressão física	8.8 ☐ Inox/Envenenamento
8.9 ☐ F. Lacerou confuso	8.10 ☐ FAF
8.11 ☐ FAF	8.12 ☐ Tent. Suicídio
8.13 ☐ Choque Elétrico	8.14 ☐ Queimadura
8.15 ☐ Alogamento	
9. C. CLÍNICAS	
9.1 ☐ Dor Intensa	9.2 ☐ Displeia
9.3 ☐ Mai Sólido	9.4 ☐ Convulsão
9.5 ☐ AVC	9.6 ☐ Vômitos
9.7 ☐ Hipertensão	
10. C. OBSTÉTRICAS	
10.1 ☐ Aborto	10.2 ☐ STV
10.3 ☐ Parto	10.4 ☐ Compl. Pós Parto
10.5 ☐ Outros	
11. C. PSIQUIÁTRICAS	
11.1 ☐ Crises	11.2 ☐ Transfêrências
12. AVALIAÇÃO INICIAL	
A - VIAS AÉREAS	
☒ Patentes ☐ Obstruídas	
C - CIRCULAÇÃO	
Pele é ☒ Rosada ☐ Pálida ☐ Cianótica	Mucosas ☒ Úmidas ☐ Secas ☐ Ictéricas
Pulso ☐ Normal ☐ Ausente ☐ Irregular	Sangramento Externo ☐ Sim ☐ Não
P. Arterial 140x60	Pulso
13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVDN	
☒ Alerta ☐ Responde a Estímulos Verbais	
14. ESCALA DE GLASGOW	
15. ESCALA DE TRAUUMA	
16. PRINCIPAIS LESÕES	
17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS	
Anterior	Posterior
1 ☐ Apnéia	12 ☐ Hipotensão
2 ☐ Amnésia	13 ☐ Hipertensão
3 ☐ Agitação	14 ☐ Hipoxia
4 ☐ Bradicardia	15 ☐ Hipotermia
5 ☐ Bradisígnia	16 ☐ Hipoglucemia
6 ☐ Choro	17 ☐ Hiperglicemia
7 ☐ Cianótico	18 ☐ Náusea / Vômitos
8 ☐ Cefálico	19 ☐ Pupilas For. Reagentes e Isocóricas
9 ☐ Cefálica	20 ☐ Pupilas Mídicas
10 ☐ Dor	21 ☐ Pupilas Mídicas
11 ☐ Halito Elicio	22 ☐ Pupilas Anisocóricas
OBS: cliente apresentando	
potencial pupilar esquerdo	
devido pelo esmagamento	
e referenciado idem vivo	
18. PROCEDIMENTO REALIZADO	
1 ☐ Aerosolterapia / Oxigenoterapia	15 ☐ Hemostasia por compressão
2 ☐ Bandagem / Imobilização	16 ☐ Cuid. Cervical
3 ☐ DAE	17 ☐ KED
4 ☐ Sondagem Nasogástrica	18 ☐ Imobilização de Membros
5 ☐ Cateterismo Venoso	19 ☐ Penicila Longa
6 ☐ Cateterismo Urinário	20 ☐ Ventilação Mecânica
7 ☐ Colocação de Cateter Urinário	21 ☐ Intubação
8 ☐ Curativo Simples	22 ☐ Limpeza de Ferida com Soro Fisiológico
9 ☐ Curativo Acetato	23 ☐ Monitorização Cardíaca
10 ☐ Desobstrução de Vias Aéreas	24 ☐ Oximetria de Pulso
11 ☐ Aspiração Oro / Nasal	25 ☐ Punção Venosa
12 ☐ Desobstrução de Tráquea	26 ☐ Punção Intra-Osse
13 ☐ Manobra de Jaw Thrust	27 ☐ Ventilação com Valvula de Demanda
14 ☐ Manobra de Heimlich	28 ☐ Ventilação Boca-Máscara
15 ☐ PLS	29 ☐ Ventilação com Ressuscitador Manual
16 ☐ Desfibrilação	
17 ☐ Eletrocardiograma (ECG)	
18 ☐ Glicemia	
19. HISTÓRIA AMPLA	
1 ☐ Alergia	
2 ☐ Medicamentos	
3 ☐ Doenças	
4 ☐ Última Religião	
5 ☐ Ambiente	
20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	
1.1 2.1	3. VIA
1.2 2.2	1. EV 2. EV 3. IM 4. SC 5. SL 6. VO 7. ID 1. SOLUÇÃO 2. VOLUME
1.3 2.3	
1.4 2.4	
1.5 2.5	
21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS	
1.1 2.1	
1.2 2.2	
1.3 2.3	
1.4 2.4	
1.5 2.5	
22. OBSERVAÇÕES	
1. local da C-4: AV. lateral Sul.	
2. Níveis respiratórios: 64x 0556	
46301	
23. DESTINO 1. ☐ Liberado 2. ☐ Obito 3. ☐ Recusa 4. ☐ Hospital 5. ☐ SIM 6. ☐ NÃO	
24. CLIENTE ACOMPANHADO	
PLANTONISTA	
Enfermeira / CORENCE	
Auxiliar de Enfermagem	
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE	
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL	
Médico / CRM	
Socorrista	



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

211.324.533-72

JOÃO ODECIO DA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO ODECIO DA MOTA		CPF titular da conta 211.324.533-72	Profissão RECUSO
Endereço RUA - 108		Número 210	Complemento CASA
Bairro ACARACUZINHO	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARA	CEP 619000
Email NÃO TENHO		Telefone (DDD) (85) 98570-1615	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

- ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1961

D/V

CONTA

NRO.

47508

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, 04 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

João Odecio da Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tarcísio Nunes Cabral Júnior, RG nº 107015-1-1, data de expedição 20/01/2016, Órgão: Polícia Militar, portador do CPF nº 443.110.363-53 com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Setembrina, nº 410, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Odécio da Mota, cujo o condutor era João Odécio da Mota.

Veículo: **MOTOCICLO**

Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS**

Ano: **2012**

Placa: **OHX0256**

Chassi: **9C2JC4110CR570099**

Data do Acidente: **04/11/2016**

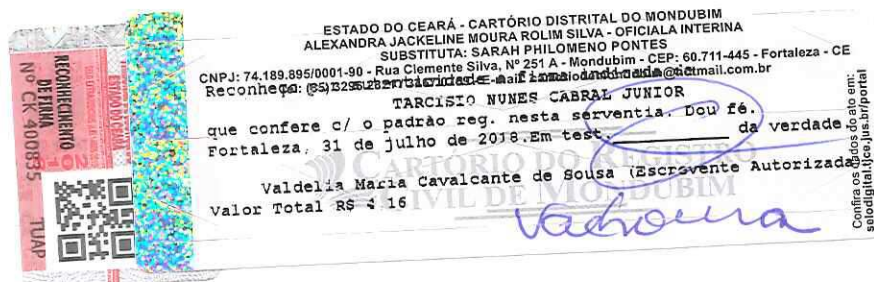
Local e data: FORTALEZA 31/07/18

Tarcísio Nunes Cabral Júnior

Assinatura do Declarante



Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
06 AGO. 2018

Declaração

Declaro para os devidos fins que o paciente João
 Odécio da Costa de nº: 93002004755 e cpf: 311.324.533-72
 sofre protropia metrona (40 anos), devido a
 uma fratura no tornozelo. Paciente mantém
 melhora no déficit de força, amplitude de movimento
 e ritmo de marcha.

Dra. Aline Bandeira
 Fisioterapeuta
 CRF nº 96009-7

LUIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 05 JUL. 2018

ASS:

Fortaleza 20 de novembro de 2017.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Coordenadoria de Ciência,
Tecnologia e Inovação

RECEITUÁRIO MÉDICO

FISIOTERAPIA MOTORA

NOME: JOAO ODECIO DA MOTA

FISIOTERAPIA MOTORA ----- 30 SESSOES

GANHO DE ADM DE TORNOZELO ESQUERDO

ANALGESIA

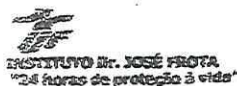
CID: S82

Dr. Pedro Rafael
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEO 18005

FORTALEZA, 11 DE OUTUBRO DE 2017

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____



RECEITUÁRIO

Nome: JOÃO OLÍVIO DE MOTA BE/Prontuário: _____

Tokuto

① Fisioterapia

_____ 30 sessões

Talmo de MARCHO. cl. canga

paral. progressiva

Dr. George Wallace F. Alves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 16670

Data: 08/02/17

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O LIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 600.883 Versão 1 - 01/SET/05 - Via Única - Formato A5 (148x210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324606/18

Vítima: JOAO ODECIO DA MOTA

CPF: 211.324.533-72

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2016

Titular do CPF: JOAO ODECIO DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO ODECIO DA MOTA : 211.324.533-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: JOAO ODECIO DA MOTA
CPF: 211.324.533-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO ODECIO DA MOTA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

- 26 - LIBERADO 2/10

R\$ 2.531,25

Recabstr

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOÃO ODECIO DA MOTA	CPF da Vítima 233.324.533-72	Data do Acidente 04-11-2016
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email NÃO TEM	Telefone (DDD) (85) 98570-1615
-------------------------	--

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, **04** de **Setembro** de **2018**

Local e Data

* **João Odecio da Mota**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINISTRO 3180409630 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO ODECIO DA MOTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** JOAO ODECIO DA MOTA**CPF/CNPJ:** 21132453372**Posição em 29-09-2018 09:25:39**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/10/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		JOAO ODECIO DA MOTA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF		93002004755 SSP CE					
CPF		211.324.533-72		DATA NASCIMENTO		29/08/1953	
FILIAÇÃO		RAIMUNDO NONATO DA MOTA MARIA IVONE DA MOTA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AB	
Nº REGISTRO		03103176831		VALIDADE		24/08/2022	
				1ª HABILITAÇÃO		05/07/1982	
OBSERVAÇÕES							
SEM OBSERVAÇÃO;							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO		28/08/2017	
ASSINATURA DO EMISSOR		IGOR VASCONCELOS PONTE		84446506819		CE161087558	
CEARA							

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1496925578

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496925578

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 JUL. 2018

ASS:

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/11/2018 às 14:24, sob o número 01771604020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177160-40.2018.8.06.0001 e código 3FE1191

Nº DO CLIENTE

481106

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

547620021

Rota 20 26001 13 159000 - 1

Data de Emissão 29/10/2018

Nome MARIA HELENA SOUSA DA MOTA

End. Postal RU 109 CONJ ACARACUZINHO 00210

CONJUNTO ACARACUZINHO - MARACANAU - 61900000

Medidor 5517817

Poste 0000 D02E

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 857113303-49

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	29/10/2018	28/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda	Distrito Industrial I
Conjunto	Agd/2018
Mês	DICRI= 0,00 P
	EUSD 20,35

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
74,97	27,00%	20,24

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,75	0,00	0,00	0,00
FIC	7,52	15,04	30,08	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,59			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0846.540A.10FA.5E27.D1F8.6F6B.45C5.C1CE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 30880	30790	1,00	90	0,00	90	0,83333	74,97
29/10/18	28/09/18		31 DIAS		90		74,97

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	74,97
MULTA MORATORIA REF 09/2018	1,23
JUROS DO MES	0,56
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,83
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	17,93
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,92)	

VENCIMENTO

06/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

128,02

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)