

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: JOSÉ SENGIO VIDAL DA SILVA	Nacionalidade: Brasileiro		
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Fretista	Carteira de Identidade: 2001030032981	
CPF nº: 987.647.563-00	Residência: R. Renato Camara, 503		
Bairro: Jardim Walten	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60751-570

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 28 de maio de 2018.

José Sengio Vidal da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, José Sérgio Vidal da Silva,
brasileiro(a), Solteiro, Eletricista, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2001030032781, e inscrito no CPF/MF sob o nº 987.647.563-00, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Renato Camara, nº 303, 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), 28 de maio de 2.018.

x José Sérgio Vidal da Silva

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 9

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6096 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/11/2017 14:22:34**Data / Hora da Ocorrência: **08/07/2017 21:50:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 226**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **OLONOPOLÉ/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSÉ SÉRGIO VIDAL DA SILVA**Nascimento: **06/04/1981** CPF: **987.647.563-00**RG: **2001030032791**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA DA COSTA VIDAL****GERALDO HENRIQUE DA SILVA**Endereço: **RUA RENATO CAMARA, 503**Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.751-570**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99666-3557****Noticiante(s)**Nome: **PAULINO RODRIGUES DO NASCIMENTO**Nascimento: **06/06/1963** CPF: **236.025.383-20**RG: **98002310164**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA ROCILDA DO NASCIMENTO****PAULO RODRIGUES DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA RENATO CAMARA, 344**Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**CEP: **60.751-195**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98948-5197****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NQS5376** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0520AR082877** Renavam: **253315930** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS MIX ES** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA MARLENE PAULINO DE SOUZA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

O NOTICIANTE E A VITIMA COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, O NOTICIANTE TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA NQS-5376 E A VITIMA TRANSITAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, QUE TRANSITAVAM NA RODOVIA CE 226 QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS FOI ULTRAPASSAR A REFERIDA MOTO MAS COLIDIU NO GUIDON DA MOTO, CAINDO A VITIMA E O NOTICIANTE NO ASFALTO, QUE DO ACIDENTE APENAS A VITIMA FICOU LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUELLY NOGUEIRA PINHEIRO(SOLONOPOLIS) MEIOS PRÓPRIOS E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.////////

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/06/2018 às 08:25, sob o número 0137691842018060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137691-84.2018.8.06.0001 e código 37ADC87.



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 - 6096 / 2017

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulino Rodrigues da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

** José Sérgio Vidal da Silva*



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópole - CE

Ata declaratória fls. 11

22:15

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO Dx 136 mg/dl

Nº CAD/SUS	DATA: 08/07/17	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Clausen	Enfermeira Plantonista: Auelson	
Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg	Temperatura: 35.1°C	Pulso: 70

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Sergio Vidal da Silva	Saturnaci 92	
Endereço: Fortaleza		
Sexo: (X) MASC () FEM	Idade: 35a	Estado Civil: Solteiro
Profissão: Eletricista	Naturalidade: Piquet Corneio	

AValiação CLÍNICA

Queixa Principal: Dor

História da doença atual: PUTE UTA PRADITE NOTURISTO (SIC) 7/01/17
TRABALHO FAZENDO AFINAMENTO CRANIANO

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow:

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:



CARTÃO DE AUTENTICIDADE
RELA DR. QUERÓZILIA, 14
CENTRO - CEP: 63.620-000

AUTENTICACAO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fidel do original que me foi apresentado. Dou fé
Solonópole, 12/07/2017

Em testemunho _____ da verdade

☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente

☒ Ana Telma Pinheiro - Substituta

☐ Diana Maria Pinheiro - Substituta

☐ Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada

☐ Isabela Pinheiro de Moraes - Esc. Autorizada

Válida somente em relação às Substituições

Impressão Diagnóstica:

TOR



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

JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA

CPF da Vítima

987.647.563.00

Data do Acidente

08/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 - CE, 07 de 12 de 2017

Local e Data

+ Jose Sergio Vidal da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópolis - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

DX 136 mg/ml

22-15

Nº CAD/SUS: _____ DATA: *08/07/17* Leito de Observação: _____

Médico Plantonista: *Dr. Clausen* Enfermeira Plantonista: *Aerlos*

Pressão Arterial: *120 x 80 mmHg* Temperatura: *35.1°C* Pulso: *70*

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Jose Sergio Vidal da Silva* *Saturação 92%*

Endereço: *Fontalva*

Sexo: (X) MASC () FEM Idade: *35a* Estado Civil: *solteiro*

Profissão: *eletricista* Naturalidade: *Piquet Carneiro*

AValiação CLÍNICA

Queixa Principal: *DR*

História da doença atual: *PUTE ÚTIL NA PRADITE NOTURBASTIC (SC) 700*
TRATAMENTO JATO E AFINAMENTO CRANIANO

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow:

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Esponaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P / Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P / Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé Solonópolis, *12/07/2017*

Em testemunho, _____ da verdade

- ☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
- ☒ Ana Telma Pinheiro - Substituta
- ☐ Diana Maria Pinheiro - Substituta
- ☐ Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada
- ☐ Isabela Pinheiro de Moraes - Esc. Autorizada
- Válida Somente para uso em Solonópolis

Impressão Diagnóstica:

TCE

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

- ① SEL 100010 F285 p. 27
- ② WILSON F5, p. 7
- ③ DEPARTMENT OF AGRICULTURE
- ④ PRES. 7.17



AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé
Solonópoles, 15/02/2011

Em testamunho _____ da verdade

☐	Jose Fernandes Filho - Titular Internamente
☒	Ana Telma Pinheiro - Substituta
☐	Diana Maria Pinheiro - Substituta
☐	Maria Célia Pinheiro - Enc. Comprimseada
☐	Isabella Pinheiro de Moraes - Enc. Autentizante

Válido Somente com Selo de Autenticidade

CRM-9805

Dr. José Glaucius O. Costa

Medico

82470 - CEP: 63.420-000

RUA DR. QUEIROZ LIMA, 445

CARACOL, C. 010

(22-307)

43-07

com transtorno de pânico
e transtorno bipolar.
O VJF acredita-se popular
entre a ^{população} ~~população~~ , por medicação e
acompanha pelo SAMU 112, que chegou
às 02:40 manhã e SAMU Base chegou
até o VJF sendo às 02:25.

Prescrição Médica

- ① SRL 1000, 10 a 20 mg EV
- ② VOLTAREN 75, 10
- ③ DEBENETES 14 mg 2 vezes EV
- ④ PRAUL 200



CANTO 1: OFÍCIO
PRA DR. QUEIROZ LIMA, 148
CENTRO - CEP: 63.623-000

AUTENTICAÇÃO

Autêntico a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé
Solonópota, 15/07/2011

Em testemunho _____ da verdade

- ☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
 - ☒ Ana Telma Pinheiro - Substituta
 - ☒ Diana Maria Pinheiro - Substituta
 - ☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada
 - ☒ Ianele Pinheiro de Menezes - Esc. Autêntica
- Válido Somente com Selo de Autenticidade

Dr. José Glaucos O. Costa

Médico
CRM-9805

Anotações de Enfermagem

fls. 15

(22-07)

23/07

Residente, unidade interna
de residente noturna
com transtorno de pânico
e transtorno bipolar
em fase de recuperação por populares
até 10/07, por medicação e
acompanhamento pelo SAMU UTI, que chegou
às 02:10 manhã e SAMU BASE conduziu
até o HF saindo às 02:25



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 29/11/2017 9:32:58

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 09/07/2017 07:20:25

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 702800609107961	NOME: JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA	Registro: 5517515
CPF: 98764756300	RG: 20010300327	D. NASC: 06/04/1981
ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA DA COSTA VIDAL	NOME DO PAI: GERALDO HENRIQUE DA SILVA	
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: SINVAL LEITAO	Nº: S/N
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: GUAIBUA
	UF: CE	CEP: 61890000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU CE USB 074 SOLONOPOLE CONDT LENILTON RIBEIRO	PARENTESCO:	TELEFONE: 996663557
---	-------------	---------------------

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 motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com trauma de face, com afundamento na frontal. Orientado.
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:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
 DATA 29/11/2017
 MATRÍCULA 138267
 SERVIDOR(A)



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE

POSTO 07 – ENFERMARIA

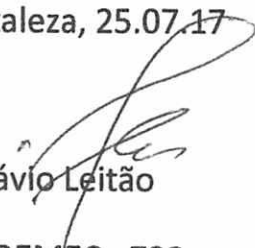
Paciente: JOSÉ SÉRGIO VIDAL DA SILVA

Atesto, por solicitação verbal da parte interessada, para todos os fins, e, de acordo com os dados contidos no seu prontuário, que o paciente supra-citado foi internado neste hospital no dia 10/07/17, advindo do IJF, para tratamento conservador do TCE por acidente de moto, sem capacete e com perda da consciência

Atesto ainda que o paciente foi submetido à TCC de controle, que se mostra DLN.

Atesto finalmente que o paciente recebe alta hospitalar, na presente data, com recomendação para comparecer a posto do SUS, dentro de 30 dias, ou antes se houver necessidade, para receber alta definitiva.

Fortaleza, 25.07.17


Dr. Flávio Leitão

CREMEC - 732



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

DECLARAÇÃO

FORTALEZA 17/07/2017

DECLARO PARA FINS QUE JOSÉ SÉRGIO VIDAL DA SILVA PERMANE INTERNADO NO LEITO 502.3. NESTE HOSPITAL PARA TRATAMENTO DE TCE.

Raquel de Fátima
Enfermeira
Raquel de Fátima

ENFERMEIRO (A)

HOSPITAL FERNANDES TÁVORA
AV. FRANCISCO SÁ, 5445 – ALVARO WEYNE
SETOR POSTO 07

VIP SAÚDE	FORMULÁRIO		FOR 01 - ISG 01.12	
	ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL		Revisão 00	09/10/2017
	Página 1 de 1			
Empresa: CONSTRUTORA BORGES CARNEIRO LTDA O Senhor(a) JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA ident. 200103002791 foi considerado ☒ APTO ☐ INAPTO a exercer o cargo ELETRICISTA após ter sido realizado exame Ret. ao trabalho Data Nasc.: 06/04/1981				
RISCOS OCUPACIONAIS				
ERGONÔMICOS: () Responsabilidade () Repetitividade () Posturas Inadequadas () Trabalho diurno e noturno QUÍMICOS: () Contato com substâncias tóxicas de origem não medical _____ FÍSICOS: () Ruídos () Radiação () Calor () Frio () Vibrações () Radiação Solar DE ACIDENTES: () Chapas () Guilhotina () Prensa () Fagulhas () Explosão () Quedas () Trânsito BIOLÓGICOS: () _____				
EXAMES REALIZADOS				
Exame	Data	Exame	Data	
EXAME CLINICO - ASO	09/10/2017			
APTO PARA TRABALHO EM ALTURA: () Sim ☒ Não APTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO: () Sim ☐ Não VALIDADE PRESUMÍVEL DO EXAME MÉDICO: ☒ UM ANO () DOIS ANOS () SEIS MESES Local: FORTALEZA Data: 09/10/2017				
CRM: TEL: EMAIL:		Assinatura do Médico examinador ANTONIO JOSÉ DE SI Médico do Trabalho Reg. CRM 8897 - CE (85) 3454-2222 VIPSAUDE.ATENDIMENTO@HOTMAIL.COM		
Assinatura do colaborador - Declaro que recebi uma cópia Jose Sergio Vidal da Silva Médico coordenador do PCMSO: CRM:				



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13368649190

Número do Benefício: 6196898705

Número do Requerimento: 182192987

Ao Sr. (a): JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA

Endereço: ORISVALDO SALVIANO 474, MAL COZINHADO

CEP: 62880640 Município: HORIZONTE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Espécie: 31

UF: CE

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/08/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 30/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 15 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

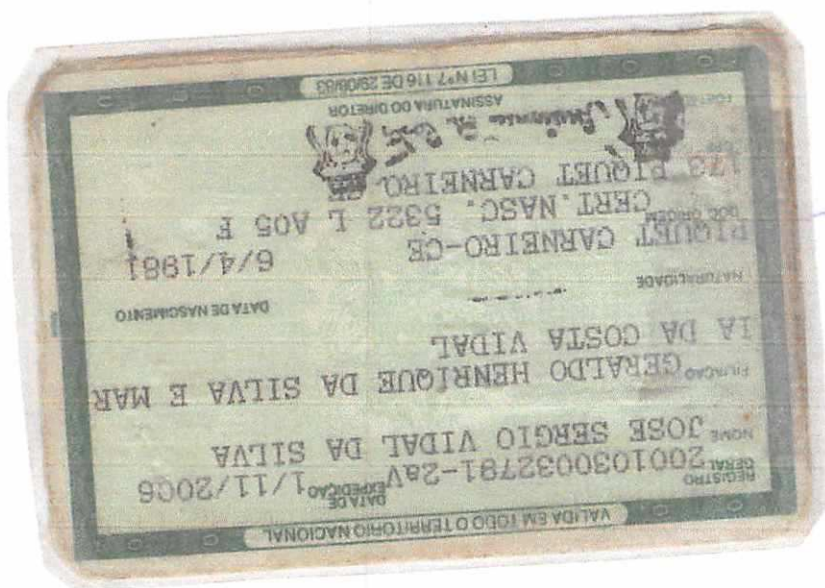
Agência da Previdência HORIZONTE
CEP: 62880126 Município: HORIZONTE

Endereço: RUA ANTONIO AUGUSTINHO DA SILVA,
UF: CE S N, CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Jose Sergio Vidal da Silva

Assinatura do Requerente / Representante Legal



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013570163562
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00253315930 0000000000 2017

MARIA MARLENE PAULINO DE SOUZA

FORTALEZA /CE

57474532387
PLACA ANTI /UF

902CKD0520AR082B77
CHASSI

PAS/MOTOCICLETO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL
GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS MIX ES 2010 2010
MARCA / MODELO

2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC PRETA
CAP / POT / OIL

VENÇ. COTA UNICA 1ª *****
P *****
V *****
A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 0,7
PREMIO TOTAL (R\$) *****

DATA DE PAGAMENTO *****
OBSERVAÇÕES *****

FORTALEZA LOCAL 25/08/2017 DATA

Igor Pontes
Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013570163562 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 25/08/2017

VIA 01 57474532387 CPF / CNPJ PLACA
NR55376

RENAVAM MARCA / MODELO
00253315930 HONDA/NXR150 BROS MI

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI
2010 09 902CKD0520AR082B77

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 81,29 DEVATRA (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL SERVIDO PELA SEGURADORA (R\$) 185,5

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
24/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E2A082B77 00788

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

DE

ASSINATURA



00788

NR55376

COD RENAVAM

00253315930

146040 00576





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525189992

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
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5248266 DV **9**

VENCIMENTO
10/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 09 01230 38 0198600 Medidor 2004273 Poste 0001 W68T
Nome ERICA MENEZES DA SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU RENATO CAMARA 00503 CJ. J. WALTER FORTALEZA 60751570

RG / CPF / CNPJ 654.399.613-72

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 394 394 1 0 0 0

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 22/05/2018
Prev. Próxima Leitura 14/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8C6C.6D5A.7B80.62BA.8F97.0D17.C4E7.DA98

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
0,00	18%	0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

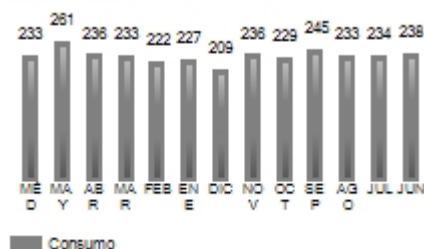
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5248266-9 N° da Nota Fiscal: 525189992 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 06/06/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12264305

A/C: JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA

Nº Sinistro: 3170664200
Vítima: JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA
Data do Acidente: 08/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO DA SILVA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE SERGIO VIDAL DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000028349-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

