

*(Nota) consultar indenização*

*CMO da indenização*

www.dpvatsegurodotransito.com.br/consultasinistro/default.aspx?sinistroConsultaPedido=&cplConsultaPedido=8x=:

Aplicativos Portal de Serviços e... Portal Gente - Cons... DpSeg

### Acompanhe o processo de indenização

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da nova consulta documentação completa.**

**SINISTRO 2014676119 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA NATALIA JORGE VIANA  
 COBERTURA Invalidez  
 SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
 REGULADORA DPSEG - Serviços de Seguros Eireli/PR  
 BENEFICIÁRIO NATALIA JORGE VIANA  
 CPF/CNPJ: 03635441350

Posição em 17-11-2014 19:16:30  
 Indenização creditada em 15/09/2014, no valor de R\$ 3.375,00, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
15/09/2014	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

**Peça a indenização**

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentação despesas médicas
- Documentação invalidez permanente
- Documentação morte
- Onde entregar

**Pague seguro**

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Dicionário do DPVAT Denuncie Outros serviços Blog Faie Conosco

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04 , sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.

*Quixadá*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 3736 / 2014**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2014 10:47:55**  
Data / Hora da Ocorrência : **30/01/2014 08:15:55**  
Endereço da Ocorrência: **R SETE 85**

**PLANALTO RENASCER QUIXADA /CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **NATALIA DA SILVA JORGE**  
Nascimento : **19/08/1987**  
RG: **2004005062571** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 03635441350**  
Filiação: **ANTONIO JOSE JORGE**  
**MARIA AGOSTINHO DA SILVA JORGE**  
Endereço: **R SETE 85**  
**PLANALTO RENASCER 63960000** **Quixadá CE BRASIL** **Telefonic: 8897003319**

**Histórico**

**SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O (A) NOTICIANTE REGISTRA QUE:** Que no local, data e hora referidos, estava pilotando a moto HONDA BIZ 125 2011 COR ROSA DE PLACAS OCO6156; Que conduzia a motocicleta pelo referido local e estava chovendo muito, quando de repente caiu num buraco, vindo a cair no chão; QUE por conta do acidente sofreu traumatismo crânio encefálico; QUE em seguida o noticiante foi socorrido por populares que o encaminharam até o Hospital Municipal de Quixadá e após ao IJF em Fortaleza; QUE tem como testemunhas do fato as pessoas de FRANCISCO MIGUEL DOMINGOS JUNIOR e EMANUEL BARROS DA SILVA.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**JOÃO LINCOLN MONTEIRO CHAVES - MAT.: 198201-1-4**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Natalia da Silva Jorge*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ALEXANDRE FERRAZ PEREIRA - MAT.: 198409-1-3**

*em Curitiba, trabalho em Fortaleza*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04, sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.



Perícias Funcionais

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional  
CREFITO 171722-F

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

**Informações do Paciente**

Nome da Vítima: *Natalia da Silva Forge*  
CPF: *036.354.413-50*

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 381, 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 alta definitiva*

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

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

*TCE + fratura de face*

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, 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.

*TCE com tratamento conservador*

CID: *S00*

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico 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.

E-mail: *morrandas@hotmail.com*  
CPF 070.453.674-90

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



Perícias Funcionais

Dr. Morrandas de M. Aires

Perito Cinesiológico-Funcional  
CREFITO 171722-F

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.

*do exame clínico, paciente queixa-se de fortes dores de cabeça e tontura.*

CID: Y85.0 T90

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: TCE + fratura de osso da face  
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.

Quixadá em 20 de 03 de 2018

Perito Responsável

Flavia Rafaela D. S. Magalhães  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 184431-F

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

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



Samu 1401300837

**FICHA DE REFERÊNCIA**

1. Preenche esta ficha em 03(três)
2. Ao terminar a consulta ou tratar entregar 2 (duas) vias ao usu orientando-o para retornar com a à unidade de origem.

UNIDADE DE ORIGEM: H. M. E. Barrozo  
 DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: Quixadá  
 Nome: Natalia Jorge Viana Prontuário N: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Data de Nascimento: 19/08/87 Ocupação: Vendedora  
 Endereço: Rua 07 - nº 85 Bairro: Village Oaks Telefone: \_\_\_\_\_  
 Motivo do Encaminhamento: Ate usim de pelud de mao, em  
hincima me apo final, deub e/ mca  
e rem  
 Resultado de Exames: Jejum = 14  
 Conduta Realizada: A = Fmte de ero final  
 Impressão Diagnóstica: TCE  
 Assinatura do Encaminhante - N° Registro: \_\_\_\_\_ Função: ma Data: 30/11 Hora: 15:15

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
 Procedimento: TCE de crone Profissional: \_\_\_\_\_  
 Unidade de Referência: DH Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N°: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
 Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Proposta de conduta para segmento: \_\_\_\_\_  
 O problema justificou a referência?  Sim  Não    O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  Sim  Não  
 Assinatura do Consultante - N° Registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04, sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ**  
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

**FICHA DE REFERÊNCIA**

1. Preenche esta ficha em 03(três)  
2. Ao terminar a consulta ou tratar entregar 2 (duas) vias ao usu orientando-o para retornar com a à unidade de origem.

UNIDADE DE ORIGEM H. M. E. Barroso MUNICIPIO Quixadá

DISTRITO SANITÁRIO \_\_\_\_\_

Nome: Natalia Jorge D'Amorim Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 19/08/87 Ocupação: Vendedora

Endereço: Rua 07 - nº 85 Bairro: Village D'Or Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Bole vem de pelvis de modo, em  
hincidência me supõe genital, de modo a/ mo  
e reme

Resultado de Exames: Jejum = 14

Conduta Realizada: Dr = Mãe de ano de 14

Impressão Diagnóstica: TCR  
para 30/14 15:11  
Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: TC de crani Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: DH

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de conduta para segmento \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência?  Sim  Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  Sim  Não

Assinatura do Consultante - N° Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/02/2016 às 12:04, sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EED.

 <b>SUS</b>	Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>			fls. 1/2
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					2 - CNES	
30.01.14						
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>						
3 - NOME DO PACIENTE				4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Matalia da Silva Jorge				5273754		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
			19/08/87		Masc <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE				10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
maria Agostinho Jorge				DDD		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
				DDD		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						
R- 07 n: 85 Vilaça						
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		17 - CEP	
Buzios						
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>						
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTDE.	
			TC crânio			
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>						
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			23 - QTDE.	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			26 - QTDE.	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			29 - QTDE.	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			32 - QTDE.	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			35 - QTDE.	
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>						
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			37 - CID10 PRINCIPAL		38 - CID10 SECUNDÁRIO	
TCE						
39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS						
40 - OBSERVAÇÕES						
TCE						
<b>SOLICITAÇÃO</b>						
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
					 <b>Airton Lopes</b> Médico CREMEC 9877	
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		45 - DOCUMENTO				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>						
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DOCUMENTO				
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>						
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					55 - CNES	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04 , sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

LAUDO ABDOMINAL

NOME: Natalie do Azevedo ID: \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO  FEMININO

MÉDICO SOLICITANTE: Cast DATA: 30/01/2014

**- FIGADO**

TEXTURA: HOMOGÊNEA  HETEROGÊNEA  DIMINUIDO

VOLUME: NORMAL  AUMENTADO

CONTORNOS: REGULARES  IRREGULARES  DILATADAS

VV BILIARES INTRA HEPÁTICAS: NORMAIS

OUTROS: \_\_\_\_\_

**- RINS**

TÓPICOS

MÓVEIS AOS MOVS RESPIRATÓRIOS: SIM  NÃO

VOLUME: NORMAL AUMENTADO DIMINUIDO

MEDIDAS RD \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ CORTEX \_\_\_\_\_

RE \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ CORTEX \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

**- VESÍCULA BILIAR**

CHEIA  VAZIA  PAREDE: NORMAL  ESPESSA

CÁLCULOS: AUSENTES  PRESENTES

COLÉDOCO: \_\_\_\_\_ OUTRO: \_\_\_\_\_

**- CÍSTICO:** \_\_\_\_\_

**- PÂNCREAS:** HOMOGÊNEA  HETEROGÊNEA  DIMINUIDO

TEXTURA: NORMAL  AUMENTADO

VOLUME: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

**- VASOS**

NORMAIS:

OUTROS: \_\_\_\_\_

RECIBO DE PAGAMENTO DE  
LAUDO CONF. DA LAUSCAME

20:45

CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Antônio Joaquim C. M. Vianna DATA: 30/01/2014  
CRM - 3129

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04 , sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.



SERVIÇO

- Médico
- Ondontológico
- Atestado

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_


Osteo para as devidas fins que Natália de Silva Jorge sofreu trauma cefálico ocasionado por queda de moto devendo promover um repouso por 15 (quinze) dias

Fortaleza, 30 de janeiro 2014

*[Assinatura]*  
 Dra. M<sup>re</sup> Neumann C. André  
 Médico do Trabalho  
 CREMEC 1572 - MTB 319

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O atestado médico é para fins previsto na legislação trabalhista

 (85)3281.0488

SERVIÇO

- Médico
- Ondontológico
- Atestado

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Pome Natalie do Silva Jorge

usu int

Diclofenaco


Tomar 1 com promido de 12 em 12 horas. 100

Dipirona

Tomar 1 com promido de oito e oito horas se sentir dor. 100

Repouso

Data: 31, 01, 14

  
 Dr. Joao Neumann F. Andrade  
 Médico do Trabalho  
 CREMEC 1572 - MTB 3193

O atestado médico é para fins previsto na legislação trabalhista

 (85)3283.0488



SERVIÇO

Médico

Ondontológico

Atestado

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Pone Natalie de Silva Jorge

uso int:

Diclofenaco \_\_\_\_\_ 100

Tomar 1 comprimido a  
12 em 12 horas.

Dipirona \_\_\_\_\_ 100

Tomar 1 comprimido  
de oito e oito horas se sentir  
dor.

Repouso

Data: 31, 01, 14

Dra. M. Irineuza C. Adão  
Médico do Trabalho  
CREMEC 1572 - MT 6193

O atestado médico é para fins previsto na legislação trabalhista

(85)3281.0488





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE CASAMENTO**

NOMES:

**KLEITON MATEUS VIANA  
NATALIA DA SILVA JORGE**

MATRÍCULA:

**0163030155 2011 2 00021 099 0006535 61**

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidades e filiação dos conjugues  
**KLEITON MATEUS VIANA**, nascido em **QUIXADÁ-CE** a 15 de maio de 1983, filho de **MARCEL VIANA RABELO** e **MARIA VERONICA MARTINS VIANA**; **NATALIA DA SILVA JORGE**, nascida em **QUIXADÁ-CE** a 19 de agosto de 1987, filha de **ANTONIO JOSÉ JORGE** e **MARIA AGOSTINHO DA SILVA JORGE**

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO  
01 de abril de dois mil e onze

DIA	MÊS	ANO
01	04	2011

REGIME DE BENS DO CASAMENTO  
COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

**NATALIA JORGE VIANA**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
ESTE CASAMENTO E A PRESENTE CERTIDÃO FORAM GRATUITOS, NOS TERMOS DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1512 DO CÓDIGO CIVIL (LEI 10406/2002).

**CARTÓRIO BEZERRA**  
A Oficiala, Marleiba Vanuza Viana Silva

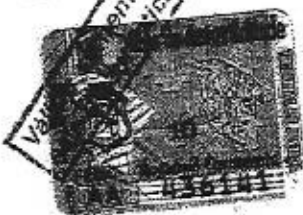
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Quixadá, 03 de maio de 2011.

Quixadá - Ceará  
Rua Francisco Enéas de Lima, 1845 TERREO Centro  
Tel. 412-8498

*Marleiba Vanuza Viana Silva*  
Marleiba Vanuza Viana Silva

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: NATALIA DA SILVA JORGE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR W: 2004005062571 SSP/OC CE

CPF: 036.354.413-50 DATA NASCIMENTO: 19/08/1987

FILIAÇÃO: ANTONIO JOSE JORGE MARIA AGOSTINHO DA SILVA JORGE

PROFISSÃO: ACC CATEGORIA: AB

Nº REGISTRO: 04899562642 VIGÊNCIA: 17/05/2015 1ª EMISSÃO: 12/03/2010

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador: *Natalia da Silva Jorge*

LOCAL: QUIXADA, CE DATA EMISSÃO: 08/04/2011

Assinatura do Carregador: *João Pupo* 12554008220 CE125362137

DELEGADO (CE - QUIXADA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 399774641

PROIBIDO PLASTIFICAR 399774641

MINISTERIO DA FAZENDA

**Recicla** Receita Federal  
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
 036.354.413-50

Nome  
 NATALIA JORGE VIANA

Nascimento  
 19/08/1987


VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
 CBB8.670B.23E7.0EF9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 12:51:42 do dia 28/11/2013 (hora e data de Brasília) digito verificador: 00



**Nº DO CLIENTE**  
3215630-2

Rua Pedro Voldavino, 150 - CEP 63135-010 - Fortaleza - CE  
Cnpj 07.047.251/0001-70 - CGF 06.105.848-3  
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.095, de 26 de abril de 2000.

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B1 SÉRIE B-4 1Nº**

Rota 06 28000 04 528500 - 2      Data de Emissão 08/10/2013

Nome: KLEITON MATEUS VIANA  
End. Postal: RU ANTONIO LUCIO 01182 AP ALTOS  
CARRASCAL - QUIXADÁ - 63900000      Poste 0000 0000  
Medidor 2399595      Fator de Potência 0,00  
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO      CGF

RG/CPF/CNPJ 003240413-14  
Nome do Responsável

---

**DATAS**

Data de Apresentação: 08/10/2013

**ITEMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
44,97	27,00%	12,14

DESCRIÇÃO RESERVADA AO CONTROLE FISCAL  
6324.9800.0000.P300.P300.0445.6940.E906

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

Conjunta 901,946  
Mês 956 13,52

Mês	Apuração Individual	
	Mensal	Anual
DIC	2,50	2,50
FEV	1,00	1,00
DMIC	2,50	

---

**INFORMAÇÕES SOBRE O PATRIMÔNIO DO CONSUMO**

Let. Anual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (MWh)	Consum. Ind.	Consum. Pat.	Valor (R\$)
6394	6394	1,00	100	0,00	100	44,97
08-10-13	09-09-13	29 kWh			100	44,97

---

**DESCRIÇÃO**

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	44,97
MULTA MORATORIA REF 09/2013	0,93
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	3,75
SEGURO RESIDENCIAL 3+1	3,49

---

**VENCIMENTO** 10/11/2013

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	19,00
Transmissão	9,69
Distribuição	2,02
Encargos Setoriais	14,14
Tributos TICSIS PIS/COFINS	14,97
<b>TOTAL</b>	<b>44,97</b>

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

Mês	Consumo (kWh)	Consumo (MWh)
06	100	
07	108	
08	83	
09	79	
10	115	
11	124	
12	114	
01	87	
02	96	
03	85	
04	83	

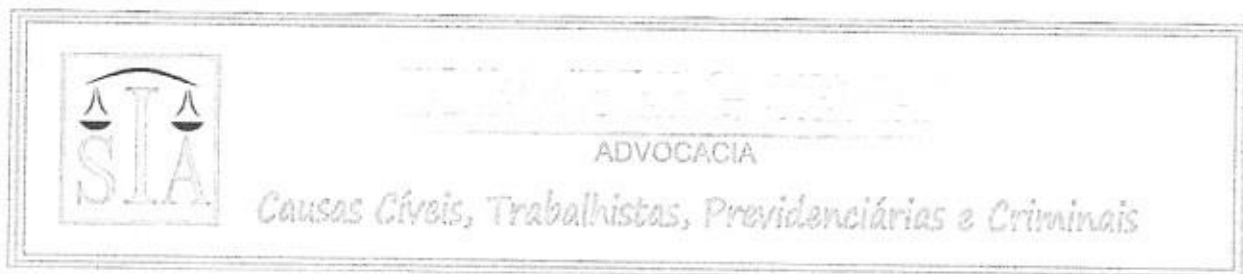
---

**importante**

A partir de 2014 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Out-2013 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,600/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Consta desta fatura R\$ 3,00 referente a PIS e COFINS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04 , sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.



**DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO**

EU, Natalia da Silva Jorge,  
 brasileiro(a), Caserta, Vencedora, CPF 036.354.213  
50, RG 2004005002571, residente e  
 domiciliado(a) Rua 07, nº. 85, Vilaage, Quixadá/CE.

DECLARO,  
 consoante ao artigo 1º da Lei nº 7115/83, que não possuo comprovante de  
 endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

Declaro, outrossim, está ciente do inteiro teor da Lei nº  
 7.115/83, bem como que tenho pleno conhecimento de que a falsidade das  
 declarações por mim firmadas no presente documento poderão ensejar sanções  
 cíveis e criminais (art. 299 do CPB)

Quixadá/CE, 22 de setembro de 2015.

Natalia da Silva Jorge  
 Declarante

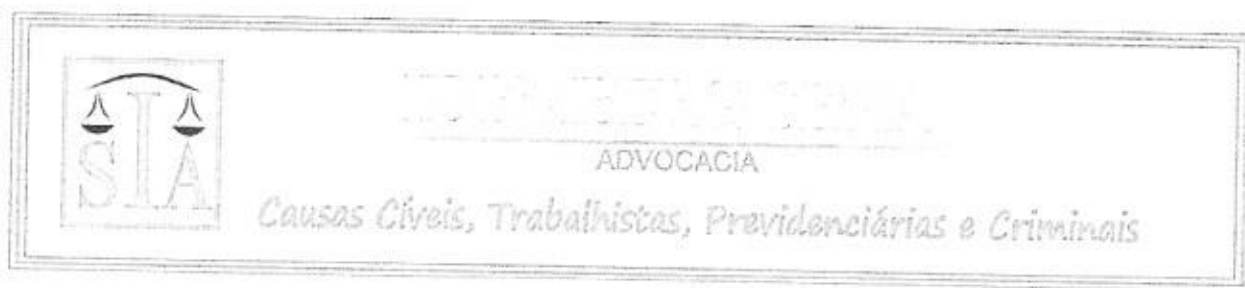
**\*Art. 1º** - A declaração destinada a fazer prova de vida,  
 residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons  
 antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por  
 procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

**Parágrafo único** - O dispositivo neste artigo não se aplica para  
 fins de prova em processo penal.

**Art. 2º** - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o  
 declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas  
 na legislação aplicável.

**Art. 3º** - A declaração mencionará expressamente a  
 responsabilidade do declarante.





**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Natália da Silva Jorge,  
 brasileiro(a), Casada, Residentona,  
 inscrito no CPF sob nº 036.354.213.50, RG  
2004005062571, telefone \_\_\_\_\_ Residente e  
 domiciliado na Rua 07, Nº. 85, Vila May, Quixadá/CE,  
 CEP \_\_\_\_\_;

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelo Dr. JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, telefones: (88) 3422-3486/9912-8816/9200-0855, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o Escritório de Advocacia Idemberg Sena, representado através do advogado JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processos com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

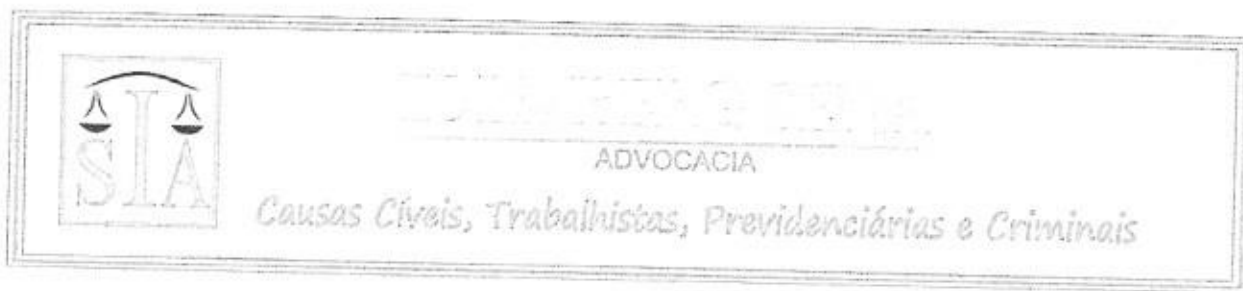
" As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidades do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Quixadá/CE, 22 de setembro de 2015.

Natália da Silva Jorge  
 DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04, sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EED.



**PROCURAÇÃO AD-JUDÍCIA**

**ORTORGANTE (S):** Natalia da Silva Jorge, b  
 brasileiro(a), Cosada, Vendelândia, CPF/CNPJ  
036.354.413-50, RG 2004005062571, telefone  
 Residente e domiciliado  
 na Rua 07, nº. 85, Vilaage, Quixadá/CE;

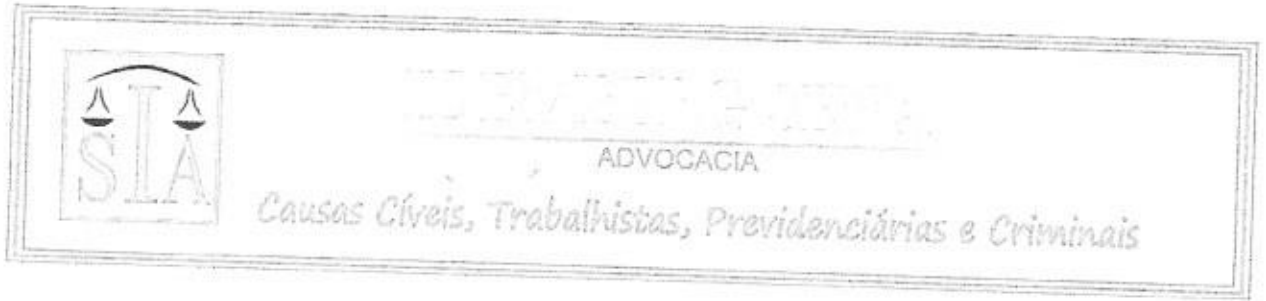
**OUTORGADO:** **JOSÉ IDEMBERG NOBRE DE SENA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.260, com escritório profissional na Rua Benício Chagas, 274, centro, Morada Nova-CE, telefones: (88) 3422-3486/9912-8816/9200-0855.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador(es) o outorgado supra qualificado a quem confia(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **ad-judicia et extra**, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, **dando-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos e transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, propor Execução, requerer falência, habilitar crédito, ação ordinária, ação cautelar de atentado, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, bem como de representar criminalmente, representando, ainda, o outorgante para o fim do disposto nos artigos nºs. 447 e 448 do Código de Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.**

Quixadá/CE, 22 de setembro de 2015.

Natalia da Silva Jorge  
 OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE IDEMBERG NOBRE DE SENA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2016 às 12:04, sob o número 01143751320168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0114375-13.2016.8.06.0001 e código 1F6EEED.



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

EU, Natalia da Silva Jorge,  
 brasileiro(a), Ceará, Vendedora, CPF  
036.354.413.50, RG 2004005002571, residente  
 na Rua 07, nº. 85, Vilaage, Amixada/ce., **DECLARO**,  
 para os devidos fins, que sou pobre **na forma da lei 1060/50**, não  
 podendo, desta forma, custear as despesas processuais sem prejuízo  
 do sustento próprio e de minha família, pelo que suplico a  
 gratuidade da justiça, assumindo inteira responsabilidade, na forma  
 da lei 7.115/83, pelas informações ora emanadas.

Quixadá/CE, 22 de setembro de 2015.

Natalia da Silva Jorge  
**Declarante**

**Tribunal de Justiça de Sergipe****CÁLCULO DE CORREÇÃO**

Utilizando INPC

Detalhamento dos Meses

Data Inicial.....: 29/12/2006

Valor Inicial.....: R\$ 13500.00

Data Final.....: 11/01/2016

Valor Corrigido.....: R\$ 23.699,65

**CÁLCULO DOS JUROS**

Taxa de Juros Mensal...: 0

Meses de Juros.....: 108

Valor dos Juros Mensais: R\$ 0,00

Taxa de Juros Diária...: 0,00 %

Dias de Juros.....: 12

Valor dos Juros Diários: R\$ 0,00

Valor total dos Juros: R\$ 0,00

Valor Corrigido + Juros: R\$ 23.699,65

**CÁLCULO DA MULTA**

Perc. de Multa: 0

Valor da Multa: R\$ 0,00

**CÁLCULO DOS HONORÁRIOS**

Perc. de Honorários: 0

Valor de Honorários: R\$ 0,00

**TOTAL FINAL.....: R\$ 23.699,65****(VINTE E TRÊS MIL E SEISCENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS)**

- Este serviço é meramente informativo.

Imprimir

Voltar