



> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.19.00075592-1** em **08/07/2019 13:54:10**.

Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabiopompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Crato
Processo : 0003130-10.2018.8.06.0071
Protocolo : WCRT.19.00075592-1
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 08/07/2019 13:54:10

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2605732_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01 - 1-2.pdf
Documentação : Análise médico documental - 1-2.pdf
Documentação : Análise médico documental - 3-9.pdf
Documentação : Análise médico documental - 10-20.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATO/CE

Processo: 00031301020188060071

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CRATO, 8 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180304773**

Vitima: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304773**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13061293



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180304773**

Vítima: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180304773** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13124468

A/C: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304773
Vitima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

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: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 000000065448-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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



Para obter o formulário, acesse o site: <http://www.seguradora Lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAX 1500 02.11.14 ou 0.800.021.114.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1 - Este formulário serve para o preenchimento do pedido de indenização pelos campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. O formulário deve ser preenchido com a maior fidelidade possível, para garantir a análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco do creditor de pagar o sinistro.

A conta informada deve 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 14 e 17 anos que não tenha os pais vivos ou curador. O formulário deve 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 entre 18 e 17 anos. Necessário que o beneficiário seja **EX-COGITANTER** Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador) do beneficiário. O formulário deve ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo 1 - Assinatura do Beneficiário e pelo Representante Legal no campo 2 - Assinatura do Representante Legal.

Nome do Beneficiário

CNPJ do Beneficiário

Nome completo do Beneficiário

LUIS DA SILVA JR 000.000.000-00 MARCELO RUIZ DE ALMEIDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CNPJ do Beneficiário	CPF do Beneficiário	Assinatura
<u>LUIS DA SILVA JR</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>[Assinatura]</u>
<u>PAI</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>[Assinatura]</u>
<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>[Assinatura]</u>

1 - O beneficiário deve assinar o formulário em duas vias, uma para o banco do creditor e uma para a seguradora. O formulário deve ser assinado pelo beneficiário ou pelo representante legal.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

FAIXA DE RENDA MENSAL	CONTA CORRENTE	CPF do Beneficiário	CPF do Representante Legal
<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>
<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>
<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>Até R\$ 1.000,00</u>	<u>000.000.000-00</u>	<u>000.000.000-00</u>

Declaramos que os dados bancários são de minha totalidade e, comprometo a fornecer segurança para o sinistro autorizado a seguradora, todos os efeitos, o pagamento da indenização do Seguro DPVAX, mediante o crédito na referida agência e conta, após efetuar o débito pelo seguro e dos demais encargos da indenização.

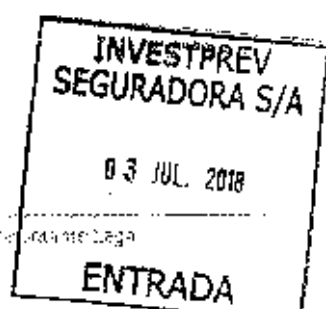
Assinatura ID de 000.000.000-00 000.000.000-00

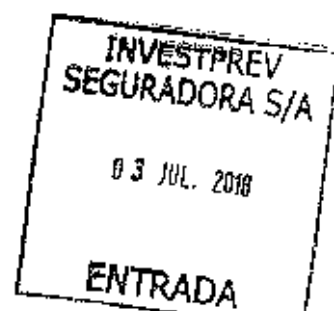
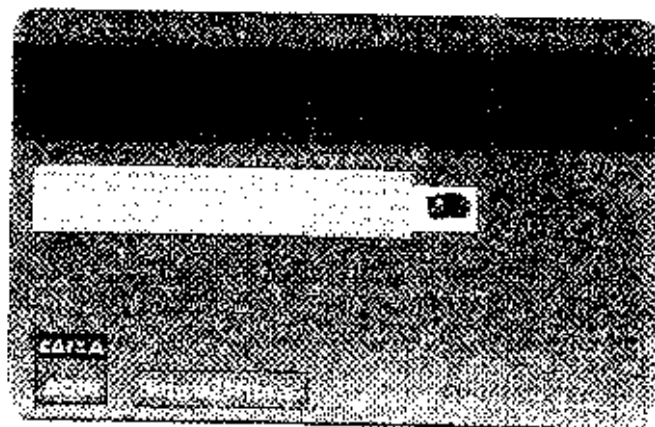
CPF do Beneficiário

000.000.000-00 000.000.000-00 000.000.000-00

CPF do Representante Legal

CPF do Representante Legal





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180304773
Nome do(a) Examinado(a): Marco Alan Alves do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Professora Adalgisa Gomes de Almeida, 233
Parque Recreio Crato CE CEP: 63118-220
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000034075551
Data local do acidente: [08/01/2018]
Data local do exame: [12/07/2018] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 80 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta: 10/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL ESQUERDA E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MIE, PELA ATROFIA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA, EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal

CPF - 029.258.907-76

CRM/CE - 16566



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3199 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**
Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 10:23:40**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 13:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL ANTONIO LUIS**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **06/02/1985** CPF:
RG: **2000034075551** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO**
DAMIÃO DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA PROFESSORA ADALGIZA GOMES DE ALMEIDA, 233**
Bairro: **RECREIO**
Município: **CRATO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99612-1538**

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSN1748** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C6KE1950E0027380 Renavam: **996860134** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR125 FACTOR K1** Ano:
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **ANDRELINA MACEDO MARTINS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHA, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO: NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS O QUAL TRAFEGAVA NA SUA FRENTE PAROU REPENTINAMENTE, QUA PARA EVITAR UM ABALROAMENTO ENTRE AMBOS, DESVIAR A MOTOCICLETA PARA O LADO ESQUERDO, VINDO A BATER NO MEIO FIO, CAINDO AO SOLO, FICANDO LESIONADO; QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE, PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO EM CRATO, ONDE FORA CONSTATADO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO EM ANEXO; QUE NÃO É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS HAVENDO ENCERRO O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RÉSPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

MAT.: 300214-1-X

03 JUL 2018

Pág. 1 de 1

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



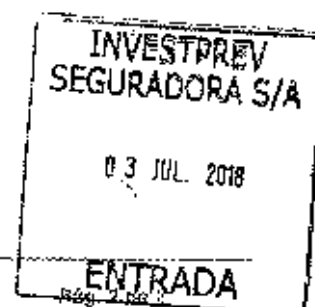
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3199 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Levi Gonçalves Leal

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X



Para obter o formulário de preenchimento, acesse o site: <http://www.seguredoradoidade.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 002774 ou 0 800 0211714) e solicite o formulário de preenchimento, a ser enviado para o endereço de e-mail: atendimento@seguredoradoidade.com.br

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessária a preenchimento com dados de todos os campos com o dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja necessário para seguros). O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representante do 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 interdita 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:

Data do evento:

Data do acidente:

MARCO ANTONIO RODRIGUES PEREIRA JUNIOR - 06/07/2018 15:54 - 08-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

Assinatura:

Assinatura:

Declaro, sob as penas da Lei, que este oponente é idoneo, representando o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74) e não se trata de:

Assinatura uma das opções abaixo:

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realista por não ter sido dada a prova do Seguro DPVAT;

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência, desde que o perito não tenha sido superior a 90 (noventa) dias no respectivo posto;

Com o objetivo de garantir a exclusão de qualquer direito de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de qualquer permissão, a vítima declaro, sob as penas da Lei, que não se trata de uma situação em que esta declaração constitui o prosseguimento da análise da vítima por parte do IML, com a autorização do laudo do Instituto Médico Legal (IML), no momento, desde que não haja a prova do Seguro DPVAT, para a cobertura da indenização da vítima e a exclusão do grau da lesão ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro a não existência de qualquer autorização para a realização desta prova, o que não significa prova, tendo em vista a futura evolução da vítima, quando não direito de contestação, caso discordo da certidão.

Assinatura do Oponente - 08/07/2018

Assinatura:

Assinatura do Oponente - 08/07/2018

Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

ENTRADA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000065448-7

Nr. da Autenticação F03FDB269CD4DFE4

Companhia Energética de São Paulo - CESP 522982133
 Companhia Saneamento de São Paulo - SANE
 Companhia de Saneamento de São Paulo - CSAP

DADOS DO CONSUMIDOR

Esta é a segunda via de

ABR/2018

CPF: 05 011096 09 649840 N° de Med: 9111
 Nome: APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO 2715916 50000
 Endereço: (Preencher)

Endereço: Rua ADALISA GOMES ALMEIDA QUEIROZ REFEITO CRATO
 Consumidora: 63100000

RG: 01 011096 09 649840 0000

Cidade: 01-RESIDENCIAL MONOPASSADA Ponto de Entrega: 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FICURAMENTO DO CONSUMO

Atividade: 01-RESIDENCIAL MONOPASSADA Consumo: 01-RESIDENCIAL MONOPASSADA

PF: 6736 5606 1 123 0 123

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
 CORRETO 125 271188 91,12

OUTROS PAGAMENTOS

ATUALIZAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 5,05

DATAS DE FATURA

Data de Emissão: 26/04/2018
 Data de Vencimento: 26/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5126-AC50-5540-6617-3931-7040-4446-0490

ICMS

ICMS: 01-RESIDENCIAL MONOPASSADA
 Base de Cálculo (R\$): 91,12 Alíquota: 12% Valor do ICMS: 10,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 91,12
 TRANSMISSÃO 2,36
 DISTRIBUIÇÃO 16,01
 ENCARGOS SEQUELARES 0,10
 TRIBUTAÇÕES (PIS/COFINS) 3,08

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecimento (IQF) 91,12

Consumo: CRATO

Período: FEVEREIRO 2018

Período: FEVEREIRO 2018
 Consumo: 9,12 10,38 10,77 2,44 0,90 0,90
 Consumo: 9,25 8,47 12,05 2,80 1,00 1,00
 Consumo: 2,54 0,10

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

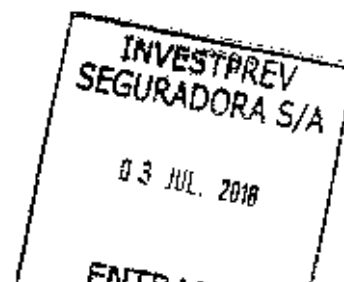
Consumo: 9,12 10,38 10,77 2,44 0,90 0,90
 Consumo: 9,25 8,47 12,05 2,80 1,00 1,00
 Consumo: 2,54 0,10

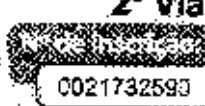
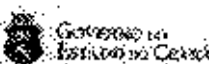
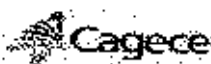
ATUALIZAÇÃO DO CONSUMO - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo: 9,12 10,38 10,77 2,44 0,90 0,90
 Consumo: 9,25 8,47 12,05 2,80 1,00 1,00
 Consumo: 2,54 0,10

CPF: 05 011096 09 649840 N° de Med: 9111
 Nome: APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO 2715916 50000
 Endereço: (Preencher)

5366060000-0 96170631000-1 80047601190-8 08754385222-6





2ª Via

0021732593

DADOS DO CLIENTE

Roteiro: EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA BEA MARIA DE APASIO, S. HOMERAC

Cidade: JUAZEIRO

CPF: 43.037.720

End. Entrega:

Cidade:

CPF:

Local: 024

Setor: 005

Quarta: 0125

Lote: 0143

Código: 0000

Subsetor:

Subquadra:

EDIFICAÇÃO

Residencial: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE NÍVEL

Serviço:

Nível:

Linha de Referência:

Nível de Referência:

Velocidade:

Medida de Referência:

ÁGUA

A19F154250

109

109

0

0

DADOS

Código Arce: 1206/2018

Emissão: 04/07/2018

Linha Arce: 0

Linha Arce: 1206/2018

Linha Arce: 1206/2018

Linha Arce:

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REPRESENTA: 04/2018

Nº de Apontamentos

Classe

Turbinada

Cm

Diferença Total

Resumo Média C/m

Superal

141

141

000

141

141

141

Análise

144

144

144

144

144

144

Em conformidade

122

140

144

134

134

144

MENSAGENS - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

ÁGUA

28,12

Mês/Ano

Água (m³)

Sistema (m³)

NÍVEL DE 2%

0,56

AGO/2017

0

0

JUROS DE 0,003% AO DIA

0,22

OUT/2017

0

0

NOV/2017

0

0

DEZ/2017

0

0

JAN/2018

0

0

FEV/2018

0

0

MAR/2018

0

0

ABR/2018

0

0

MAI/2018

0

0

TAXAS DE SERVIÇO E FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

SUBSIDIO

Descrição

Valor (R\$)

PIZ

0,20

VALOR DO SERVIÇO

28,93

COPINS

1,43

VALOR DO SUBSIDIO

0,00

VALOR TOTAL A PAGAR

29,93

MÊS/ANO

06/2018

VENCIMENTO

04/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,93



É obrigação do usuário manter em seu cadastro atualizado junto à Cagece:

contatos, endereços das Agências Reguladoras.

Número telefônico: 0800 275 3333.

Site: www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

www.cagece.com.br

8269000000-9 29930009900-7 02173259001-9 02001031025-6

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

03 JUL 2018

ENTRADA

EMISSÃO: ATENDIMENTO VIRTUAL 14/06/2018 11:33:09

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Andréia Maria Martins
RG nº 93089061454, data de expedição 12/05/99,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 038.994.643-74, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Francisco Leão da Silveira, nº 45,
complemento Recife, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Alvaro José Alves de Vasconcelos, cujo o condutor era
Alvaro José Alves de Vasconcelos.

Veículo: Motorista
Modelo: Yamaha, YZR-125, Factor XI
Ano: 2013 / 2014
Placa: OSN - 1428
Cnassi: 98645135620027380
Data do Acidente:
Local e Data: Recife, 28/05/2018

Andréia Maria Martins
Assinatura do Declarante



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

Reconheço as Firmas e por Autenticidade

Andréia Maria Martins

Alvaro José Alves de Vasconcelos

Em Teste de verdade

28 de 78 FEV. 2018

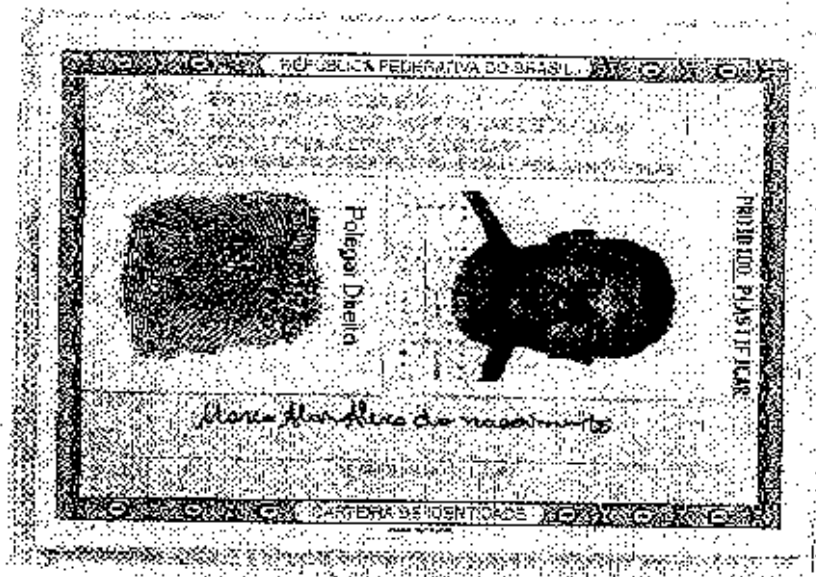
BERTO FIGUEIREDO - Testeiro
JOSE FULCIO DE MATTOS - Secretário
JOSE ALVARO MATTOS - Escrivão

VÁLIDA SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

03 JUL. 2018

ENTRADA



VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2000034075551 DATA DE EMISSÃO: 16/01/2015

NOME: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

ILACÃO: BOMBA DO NASCIMENTO

APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO

NACIONALIDADE: MOREILÂNDIA PE DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1985

ODG ORIGIN: CERT. NASCIMENTO: CARTÓRIO: CARIRIEMIRIM TERMO: 4023/FOLHA: 80

LIVRO: A-18 MOREILÂNDIA PE

2 VIA

Assinatura: [Assinatura]

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.116 DE 23-08-97

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL. 2010

ENTRADA

 Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
069.350.254-19

Nome
MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nascimento
06/02/1985

CÓDIGO DE CONTROLE
4661A3AFEEAFDB08



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
As 10:24:34 do dia 25/01/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL. 2018

ENTRADA

[illegible]

40165597

Model 4b: $\chi^2(2) = 12.16$, $p = .002$, $df = 2$, $N = 10$

2004-05-01

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

03 JUL 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304773 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL ESQUERDA E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304773 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Marcos Manoel Alves do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro
Identidade: 2000034079551
Estado Civil: Solteiro
CPF: 060.350.854-15
Profissão: Montador
Endereço: Rua Paquetaia, Alameda Gomes, Número 233, Crato-Pa.
CEP: 61.100-001
Telefone: (88) 3.3612-1539

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 3512-4870



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Marcos Manoel Alves do Nascimento

Crato-Pa, 22 de fevereiro de 2018
Local e data

Marcos Manoel Alves do Nascimento
Assinatura do Outorgante.
(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

