



MILTON ALMEIDA
ADVOCACIA

www.miltonalmeidaadv.com.br

Rua Raimundo Machado da Silva nº 40, Sala nº 110, 1º andar, Uníque Condomínium, Triângulo Juazeiro do Norte - CE

✉ miltonalmeidaadv@hotmail.com

☎ (84) 9 9927.1849

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

DATA DE NASCIMENTO: 16 / 10 / 1997 ESTADO CIVIL: CASADO

CPF: 597.465.221-00 RG: 9476233 - 88 PROFISSÃO: PROTOMISTA

ENDEREÇO: JAVA ANTONIO DO ALTO, CE

BAIRRO: ALTO DA ALEGRIA CIDADE/ESTADO: BARBARUSSA - CE

OUTORGADO: Dr. MILTON CORREIA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 22660, com escritório profissional localizado na Rua Raimundo Machado da Silva, n.º: 40, sala 110, Uníque Condomínium, Triângulo, Juazeiro do Norte-CE.

PODERES: O(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo(s) em repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, autarquias, para tratar de assuntos do seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ações revisional e/ou concessão de benefício, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar valores excedentes ao teto em razão do procedimento especial, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensando os seus créditos pessoais por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, requerer e assinar para o completo desempenho, deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA:

O(a) outorgante declara, que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefícios da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Juazeiro do Norte - CE, 02 de ABRIL de 20 19.

x Aluizio Barbosa Dantas



MILTON ALMEIDA
ADVOCACIA

www.miltonalmeidaadv.com.br

Rua: BarimedeAlmeida da Silva nº 40, Sala nº 110, 1º andar, Unipra Condensado, Tanguá Juazeiro do Norte - CE

miltonalmeidaadv@hotmail.com

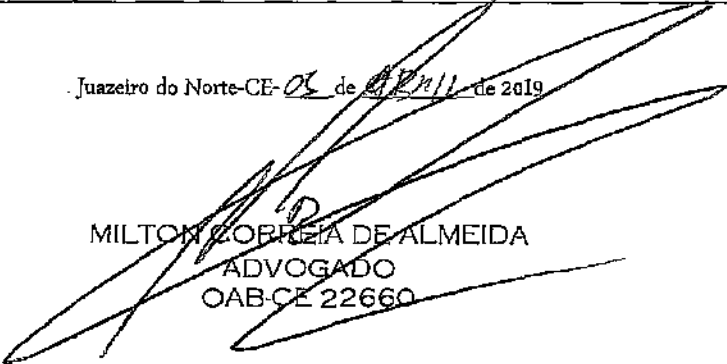
(88) 9 9927.1849

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço **COM RESERVAS**, na pessoa do Dr. Marcondes Yuri de Sousa Damasceno, brasileiro, solteiro, advogado OAB-CE 24.600, com escritório profissional ao timbre, os poderes no instrumento procuratório que me foram conferidos

ALVILIO BARBOSA DANTAS, CPF: 587.265.321.-00

Juazeiro do Norte-CE- 02 de ABRIL de 2019


MILTON CORREIA DE ALMEIDA
ADVOGADO
OAB-CE 22660

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Para acessar o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653041.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562996 Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Data do Acidente: 16/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDD ALVES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00865010886 - entre_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13736048



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALUIZIO BARBOSA DANTAS Admissão: 16/07/2017 22:26
 Pront.: 149410 Data Nasc.: 16/10/1970 Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 0 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANTONIA MARIA DANTAS
 Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63010-000 Bairro:
 Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador João Paulo Lima Santos Horário 16/07/2017 22:31
 Descrição: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESPIRANDO POR TOT COM SINAIS DE TCE E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
 Programa: TRAUMA MAIOR
 RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 382850 Horário 16/07/2017 22:32
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: REANIMACAO
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO CARRO MOTO TRAZIDO PELO SAMU COM TCE GRAVE E TRAUMA TORACO ABDOMINAL. PUPILAS ANISOCORICAS. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NO TORAX E ABDOMEM, LACERAÇÃO DE BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DOS TESTICULOS. ABDOMEM DISTENDIDO E T... PANICO. PA 120/80MMHG



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente

Comprovação do ato declaratório

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653042.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARGARIDA DOS SANTOS,
 RG nº 2870039.94, data de expedição 06/09/94,
 Órgão SSACE, portador do CPF nº 958.936.903.97, com
 domicílio na cidade de BARDALHA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO BARRO BRANCO, nº 514
 complemento A/A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ALUIZIO BARBOSA DANTAS cujo o condutor era
ALUIZIO BARBOSA DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CG 125 TITAN - KS
 Ano: 2001/2001
 Placa: HXD 7348
 Chassi: 9C2JC30101R-201457
 Data do Acidente: 16/07/2017
 Local e Data: BARDALHA-CE 14/09/2018

Margarida dos Santos
 Assinatura do Declarante

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

1º OFÍCIO BARDALHA-CE

Reconheço a(s) firma(s) de: Margarida dos Santos Proprietária

14 SET. 2018

Bel. Marcelino Maciel Torres - Tabelião
 Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituto
 Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrevente
 Mônica de S. B. Torres Lavor - Escrevente

Barbalha - CE
 Rua do Comércio, 54, 77
 CEP: 61.302-1230

1º OFÍCIO BARDALHA-CE

Reconheço a(s) firma(s) de: Aluizio Barbosa Dantas

14 SET. 2018

Bel. Marcelino Maciel Torres - Tabelião
 Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituto
 Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrevente
 Mônica de S. B. Torres Lavor - Escrevente

Barbalha - CE
 Rua do Comércio, 54, 77
 CEP: 61.302-1230

29 NOV. 2018

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

Aluizio Barbosa Dantas

CPF da Vítima

587.765.321-00

Data do Acidente

16.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(88) 3572-0398

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.

Barbalha-CE 03 de julho de 2018

Local e Data

29 NOV. 2018

x Aluizio Barbosa Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653044.



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALUIZIO BARBOSA DANTAS Admissão: 16/07/2017 22:26
 Pront.: 149410 Data Nasc.: 16/10/1970 Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 0 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANTONIA MARIA DANTAS
 Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63010-000 Bairro:
 Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador João Paulo Lima Santos Horário 16/07/2017 22:31
 Motivo: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESPIRANDO POR TOT COM SINAIS DE TCE E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
 Programa: TRAUMA MAIOR
 RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 382850 Horário 16/07/2017 22:32
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: REANIMACAO
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO CARRO MOTO TRAZIDO PELO SAMU COM TCE GRAVE E TRAUMA TORACO ABDOMINAL. PUPILAS ANISOCORICAS. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NO TORAX E ABDOMEM, LACERAÇÃO DE BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DOS TESTICULOS. ABDOMEM DISTENDIDO E T PANICO. PA 120/80MMHG



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	16/07/2017 22:36	Sim	Pendente

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653045.



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALUIZIO BARBOSA DANTAS Prontuário: 149410 Admissão: 16/07/2017
 Data Nasc.: 16/10/1970 Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 0 dia(s) Sexo: Masculino RG:
 Mãe: ANTONIA MARIA DANTAS Telefone:
 Endereço: Bairro: CEP:

Evlução	Profissional	Data/Hora
paciente intubado , apresenta afundamento em região zigomatica e com degrau em margem infra-orbitario e. porta fratura de zigomatico lado e. cd: após alta de todas as especialidades solicitar reavaliação da ctbmf p definição de conduta.	KRUIJFF STANISLAW PEDROSA DA COSTA	17/07/2017 01:20



Dr. Kruijff Stanislav P. da Costa
 Cirurgião e Traumatologista
 Suso - Maxilo - Facial
 CRO 0117

29 NOV. 2018

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS PRONTUÁRIO: 149410
DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1970
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ
SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO ENFERMARIA/LEITO: 01
DATA DO EXAME: 16.07.2017 HORA DO EXAME: 23:24
DATA DO LAUDO: 16.07.2017 HORA DO LAUDO: 23:58
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em regiões orbitária, zigomática e infra-orbitária à esquerda.
- Múltiplas linhas de fratura acometendo as seguintes estruturas ósseas à esquerda:
 - *Paredes orbitárias lateral e medial, sem encarceramento muscular ou herniação da gordura intra-orbitária.*
 - *Assoalho orbitário sem infradesnivelamento;*
 - *Arco zigomático em três pontos sem desalinhamento significativo.*
 - *Diástase da sutura frontozigomática.*
 - *Todas as paredes do seio maxilar com discreta herniação da gordura retromaxilar;*
- Material hemático preenchendo alguns sulcos intergirais parietais bilateralmente.
- Foco hemorrágico cortico/subcortical parietal posterior direito medindo 0.5 x 0.3 cm.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Material hemático em seio maxilar e algumas células etmoidais à esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas faciais à esquerda, com envolvimento do complexo orbitozigomático (vide descrição detalhada e reformatações).
2. Hemorragia subaracnoidea parietal bilateral.
3. Foco hemorrágico traumático parietal direito.
4. Hemossinus maxilo-etmoidal esquerdo.
5. Hematomas subcutâneos faciais à esquerda.



Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

29 NOV. 2018

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS
DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1970
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ
SETOR SOLICITANTE: REANIMAÇÃO
DATA DO EXAME: 16.07.2017
DATA DO LAUDO: 16.07.2017
EXAME: ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

PRONTUÁRIO: 149410

ENFERMARIA/LEITO: 01

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

Corte longitudinal do QSD: Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

Corte longitudinal do QSE: Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço esplenorrenal.

Corte transversal sub-xifóide: Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visibilizando derrame.

Corte transversal suprapúbico: Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

Corte longitudinal da base torácica direita: Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

Corte longitudinal da base torácica esquerda: Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL.



Dr. José H. Germano Correia
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM 4133
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

29 NOV. 2018

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS PRONTUÁRIO: 149410
DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1970
SOLICITANTE: Dr. PETR SOARES DE ALENCAR
SETOR SOLICITANTE: CENTRO CIRURGICO ENFERMARIA/LEITO: SRPA.12
DATA DO EXAME: 17.07.2017 HORA DO EXAME: 11:19
DATA DO LAUDO: 17.07.2017 HORA DO LAUDO: 12:45
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE

ANÁLISE:

- Pequena quantidade de material hemático localizado em alguns sulcos corticais dos lobos parietais sugestiva de hemorragia subaracnóide.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Nota: Proptose à esquerda. Há alguns focos gasosos localizados na órbita à esquerda.
Fratura do assoalho e parede lateral da órbita esquerda.
Fratura da parede anterior e lateral do seio maxilar esquerdo.
Fratura do arco zigomático esquerdo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tomografia computadorizada crânio-encefálica apresentando entre achados pequena quantidade de material hemático localizado em alguns sulcos corticais dos lobos parietais sugestiva de hemorragia subaracnóide.



Dr. EMANUEL BRITO F. ALMINO
MÉDICO RADILOGISTA
CRM/CE 16423

29 NOV. 2018

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS PRONTUÁRIO: 149410
DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1970
SOLICITANTE: Dr. PETR SOARES DE ALENCAR
SETOR SOLICITANTE: CENTRO CIRURGICO ENFERMARIA/LEITO: SRPA.12
DATA DO EXAME: 17.07.2017 HORA DO EXAME: 11:19
DATA DO LAUDO: 17.07.2017 HORA DO LAUDO: 12:41
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical desde C1 até C7

INDICAÇÃO:

TRM

ANÁLISE:

- Corpos vertebrais focalizados de aspecto anatômico e mineralização óssea normal.
- Fratura completa longitudinal dos processos espinhosos de C5, C6 e C7.
- Canal raqueano de configuração anatômica e dimensões normais em toda extensão do segmento estudado.
- Protusão discal posterior mediana em C4-C5, que toca a face ventral do saco dural.
- Forames de conjugação livres.
- Tecidos moles paravertebrais sem evidência de anormalidades.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Estudo tomográfico computadorizado da coluna cervical apresentando entre achados fratura completa longitudinal dos processos espinhosos de C5, C6 e C7.

Dr. EMANUEL BRITO F. ALMINO
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM/CE 16423

29 NOV. 2018

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 17/07/17 03:43

Paciente: ALUIZIO BARBOSA DANTAS
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: ELEAZAR MENEZES ARAUJO
1º Auxiliar:
Enfermeiro: GYLMARA BEZERRA DE MENEZES SILVEIRA
Instrumentador:

Prontuário: 149410 Dt. Nascimento: 16/10/1970
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 04A
Anestesiologia: ** Não Informado **
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	
409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	Principal S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	
409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	Principal S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Complicadas e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Contaminada Tipo de Anestesia: Geral

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

ASSEPSIA + ANTISSEPSE

CAMPOS ESTÉREIS

CHADOS:

LESÃO LACERO CONTUSA EM BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DE TESTÍCULOS E DESENLUVAMENTO EM REGIÃO PERINEAL

LESÃO EM QUEIMADURA EM BASE DE PÊNIS DE II GRAU PROFUNDA

LESÃO LACERO CONTUSA EM REGIÃO PUBIANA A DIR.

QUE FOI FEITO:

IMPEZA MECÂNICA EXAUSTIVA COM SF 0,9 %

DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVILATIZADO + RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS.

APROXIMAÇÃO DE PELE DE BOLSA ESCROTAL COM DRENAGEM COM PENROSE

CURATIVO.

FECHAMENTO DE LESÃO DE PELE EM REGIÃO PUBIANA.



29 NOV 2018

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 465304B.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALUIZIO BARBOSA DANTAS	Prontuário: 149410
Endereço: SÍTIO SANTANA II	Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 22 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	UF: CEARÁ Sexo: Masculino
CEP: 63183-000	Cidade: BARBALHA

Localização	
Clinica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06	Leito: 521
Internação 17/07/2017 12:52 Alta: * Não Informado * * Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

Paciente, admitido no dia 16/07 vítima de uma colisão moto-carro que culminou com exposição testicular, TCE conservador com presença de hemorragia subaracnóidea parietal bilateral, fratura facial orbitozigomática a esquerda com lesão de nervo oculomotor ipsilateral, além fratura de processos espinhosos de C5, C6 e C7 fazendo uso de colar cervical. Realizou cirurgia exploratória de bolsa excrotal com desbridamento e rafia da lesão em 17/07. Permaneceu em internamento na UTI em uso de Vancomicina para um possível foco infeccioso em partes moles. Foi extubado no dia 30/07 e encaminhado a clínica cirúrgica onde passou por nova avaliação da neurocirurgia que reafirmou o TCE como conservador e orientou o uso de risperidona 1mg 12 em 12 hs e da cirurgia bucomaxilar que determinou tratamento conservador para o trauma de face. Recebe alta consciente, desorientado leve, respirando confortavelmente em ar ambiente e após término da antibioticoterapia. Ao exame físico apresenta ECG 14 (O:4N:4 e M:6), eupneico, hipocorado +/4+, com bom estado geral e com presença de anisocoria (E>D).

Exames Realizados

EM ANEXO

Terapêutica Utilizada

Insulina NPH: 20UI manhã e 12UI noite.

Captopril 25mg 12/12hs

Ceftriaxona+ clindamicina

Tazobactam + piperacilina

Vancomicina

Aminas vasoativas

Sintomáticos

Diagnóstico

V299 - MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	V299	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

Melhorado

Observações Complementares

RETORNO AO AMBULATORIO DE CIRURGIA GERAL COM 15 DIAS

ENTREGO ATESTADO DE 15 DIAS

Responsável

Médico: JACQUELYN LOPES DE MACEDO

Data: 07/08/2017

Data Programada da Alta: 07/08/2017

Jacquelyny Lopes de Macedo
Médica
CRM-CE: 17.609

Paciente: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Endereço: SÍTIO SANTANA II

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63183-000

Prontuário: 149410

Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 22 dia(s)

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: BARBALHA

fls. 19

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 06

Leito: 521

Internação 17/07/2017

12:52

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento		
Dr. Franklin		
Data: 23/08/17	Data:	Data:
Hora: 15h	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Yuride de Sousa Damasceno
 OAB/CE 17.009

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 465304D.



**HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI**



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais



fls. 20
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Número 00058874029198060071. Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874029198060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>; informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 465304E.

GASOMETRIAS

Paciente: <u>Aluizio Barbosa Dantas</u>		Setor: <u>UTS-3</u>
Data de Nascimento: <u>16/10/1970</u>	Prontuário: <u>149410</u>	Enf/leito <u>26</u>
DATA <u>21/07/17</u>	DATA <u> / / </u>	DATA <u> / / </u>

STAT PROJ Prime
Full Panel
Resultados de Sangue
21-07-2017 13:46
ID do Analisador P07517090C
Analisado em 21-07-2017 13:44
Nome do Paciente
ALUIZIO
BARBOSA DANTAS
FIO % 31.0
Acesso # 2381835201
Temperatura do Paciente 36.3
ID do Paciente 2381835201

Seringa - Arterial

pH	7.485		↑
pCO	30.8	mmHg	↓
pO	124.9	mmHg	↑
Hct	15	%	↓↓
Na	142.2	mmol/L	↑
K	3.61	mmol/L	↓
Cl	112.5	mmol/L	↓
iCa	1.06	mmol/L	↓
Glu	217	mg/dL	↑
Lac	0.9	mmol/L	

Calculado

pH T	7.481		
pCO T	31.2	mmHg	
pO T	126.8	mmHg	
HCO	23.4	mmol/L	
TCO	24.4	mmol/L	
BE-ecf	-0.2	mmol/L	
BE-b	0.7	mmol/L	
SBC	25.0	mmol/L	
O CI	7.2	mL/dL	
O Cap	6.9	mL/dL	
AlveolarO	173.0	mmHg	
AaDO	46.3	mmHg	
a:A	0.7		
Ri	0.4		
PO2/FIO	402.9	mmHg	
SO2 %	99.1		
Hb	4.9	g/dL	
AnionGap	9.9	mmol/L	
nCa	1.11	mmol/L	



29 NOV 2018

ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Exames realizados:

TC de crânio (16/07/2017): 1- fraturas faciais à esquerda, com envolvimento do complexo orbitozigomático. 2- hemorragia subaracnoidea parietal bilateral. 3- foco hemorrágico traumático parietal direito. 4- hemossinus maxilo-etmoidal esquerdo e 5- hematomas subcutâneos faciais à esquerda. REALIZADO TC DE CONTROLE EM 17/07 COM PERMANECIA DOS ACHADOS E SEM AUMENTO DA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.

USG abdominal focada no trauma FEST (16/07/2017): ausência de líquido livre nas cavidades torácia e abdominal.

TC de coluna cervical (17/07/2017): fratura completa longitudinal dos processos espinhosos de C5, C6 e C7.

Exames laboratoriais:

01/08/2017: Hb: 10,2 Ht:30,5 leuco: 13,900 e plaq: 1.171.000 Na: 139 K 4,2 Creatinina:0,67

03/08/2017: Hb: 10,1 Ht:28,8 leuco:9800 e plaq:785.000

29 NOV. 2018

Receituário Médico

RX

Uso Oral

1- Captopril 25mg _____ 60 comp
Tomar 01 comprimido de 12 em 12 horas. *8:00 manhã ; 8:00 noite*

USO TÓPICO

1- Neomicina + Bacitracina creme _____ 01 tubo
Aplicar no local da lesão 3 vezes ao dia.

Juazeiro do Norte – CE, ⁰⁷ de agosto de 2017.

Dr. Jaqueline Lopes de Macêdo
Médica
CRM-CE: 17.609

Médico

29 NOV. 2018

ENCAMINHAMENTO

A Unidade Básica de Saúde

Encaminho o paciente Aluizio Barbosa Dantas, 46 anos, para segmento e manejo ambulatorial de quadro de elevação dos níveis tencionais e glicêmicos observados em internamento, assim como do quadro neurológico pós traumático.

Paciente sem histórico prévio de hipertensão e diabetes deu entrada nesta unidade no dia 16/07/2017 vítima de uma colisão moto-carro que culminou com exposição testicular, TCE conservador com presença de hemorragia subaracnóidea parietal bilateral, fratura facial orbitozigomática a esquerda com lesão de nervo oculomotor ipsilateral e manifestação de anisocoria (E>D). Ainda apresentou fratura de processos espinhosos de C5, C6 e C7 fazendo uso de colar cervical. Realizou cirurgia exploratória de bolsa excrotal com desbridamento e rafia da lesão em 17/07. Permaneceu em internamento na UTI em uso VMI por TOT, quando apresentou um quadro PAV sendo iniciado piperacilina + tazobactam, posteriormente fez uso de Vancomicina para um possível foco infeccioso em partes moles, sendo extubado no dia 30/07 e encaminhado a clínica cirúrgica.

A cirurgia bucomaxilar orientou tratamento conservador para a fratura de face, já que não houve prejuízo anatômico ou funcional. E a neurocirurgia orientou o uso da risperidona 1mg de 12 em 12 hs.

Durante o internamento apresentou picos pressóricos sendo iniciado captopril 25mg 02 cp de 8/8 horas, posteriormente reduzido para: captopril 25mg 01cp de 12/12 hs em decorrência de hipotensão. Foi iniciado também insulina NPH 20UI pela manhã e 12UI a noite. Recebe alta com captopril sem metformina para ajuste ambulatorial.

Exames realizados em anexo no resumo de alta.

GRATA.

Juazeiro do Norte – CE, 07 agosto de 2017.


Médico

29 NOV. 2018

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: **07/08/2017 17:35:38**

Do(a) Sr(a): **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

PRONTUÁRIO nr: 149410

ATENDIMENTO nr: 382856

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 17/07/2017 a 07/08/2017.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CENTRO CIRURGICO	01:13	R\$ 2.739,46	R\$ 2.739,46
UTI III	16 dia(s)	R\$ 1.589,40	R\$ 25.430,40
CLINICA CIRURGICA II	5 dia(s)	R\$ 271,93	R\$ 1.359,65
CLINICA CIRURGICA I	3 dia(s)	R\$ 288,30	R\$ 864,90

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 30.394,41**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos

Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020190600071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653053.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CASA DE MONEDAS E CUNHAGEM

Nº DE INSCRIÇÃO: 587765321 00


NOME COMPLETO: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

ASSINATURA: *Aluizio Barbosa Dantas*

NASCIMENTO: 16.10.70

TERÁ VALIDADE BASTANTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR: *Aluizio Barbosa Dantas*

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÃO E O DOCUMENTO COMPROBANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E
SÃO BRIGADOS NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS
A QUALQUER ORIENTAÇÃO DE MATRIZIDADE, TRIBUTARIA, PROCURAR A UNIDADE LEGAL DA SECRETARIA
REGISTA FEDERAL

CAMISADO OU ACETE ENCORADO

104/1254-7
12 107 190
CEF - F. GOIAS
11521/9581

COM ATENÇÃO E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO
BASEO DE INSCRIÇÃO INFORMATIVA DO CPF

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CENTRO
REGAL: 1476233-88 DATA DE
EMISSÃO: 13.05.88.

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS
FILIAÇÃO: João Vicente Dantas
Mãe: Antonia Maria Dantas
Município: Igaranhão-PE
Data de Nascimento: 16.10.1970

Cert. N.º oc. 291, Iv. 02, Fls. 70
Cart. Ipuern-PE

CPF: ***
Hm 80-892

29 NOV. 2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **587.765.321-00**

Nome: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

Data de Nascimento: **16/10/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/05/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:19:22** do dia **03/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **EA63.CFDE.86AB.74E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

29 NOV. 2018



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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 587.765.321-00	Nome completo da vítima Aluizio Barbosa Dantas
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Aluizio Barbosa Dantas		CPF titular da conta 587.765.321-00	Profissão Motorista
Endereço Sítio Santana 02		Número 747	Complemento
Bairro Santana	Cidade Barbalha	Estado CE	CEP 63180-000
Email		Telefone (DDD) (88) 3572-0398	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1954 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____	
CONTA NRO. J6555 D/V 5 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

Barbalha-CE, 03 de julho de 2018
Local e Data

Aluizio Barbosa Dantas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Confira o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653056.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 530863631

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota: 38 013016 50 0214500 Medidor Poste
Nome: MARIA DE FATIMA BARBOSA DE OLIVEIRA 2146972 0000 B43N
Endereço Postal

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE	
1372455	DV 0
VENCIMENTO	
01/08/2018	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
110,75	

End. da Unidade Consumidora: ST SANTANA 02 00747 SANTANA BARBALHA 63180000

RG / CPF / CNPJ: 889.158.243-34 CGF
Classe: 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência: 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 22654	22387	1	267	0	267

DESCRIÇÃO DA CONTA

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação	Prov. Próxima Leitura
25/07/2018	25/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B845.D95F.D7DD.FE5F.A965.34D5.731E.46ED

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

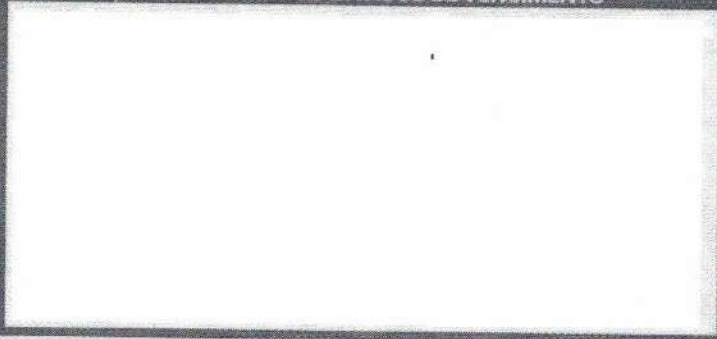
JUROS DO MES	0,41
JUROS DO MES	1,04
MULTA MORATORIA	2,08
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,46)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

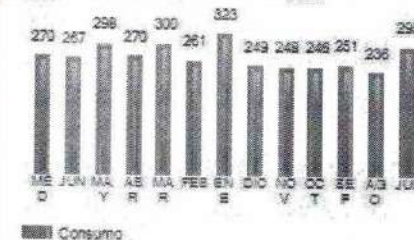
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 42,79

Conjunto BARBALHA

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



N° do Cliente: 1372455-0 N° da Nota Fiscal: 530863631 Total a Pagar (R\$): 110,75
Data de Emissão: 03/07/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle: 0001372455 00526 4380 2 61

83850000001-6 10750031000-2 00013724550-5 05264380227-7



29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653057.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 527897370

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | 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
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
813192 DV **9**

VENCIMENTO
13/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
158,32

DADOS DO CLIENTE
Rota 03 013010 02 0465000 Medidor Poste
Nome MARIA DO ROSARIO DOS SANTOS SILVA 5258261 0000 A01S
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV DR ANTONIO CORREIA SARAIVA 00742 BELA VISTA BARBALHA 63180000
RG / CPF / CNPJ 646.310.603-87 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 27667 27486 1 181 0 181

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	181	0,73754	133,49

DATAS DE LEITURA
Data de Emissão/Apresentação 06/06/2018
Prev. Próxima Leitura 05/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
B8F2.0A67.17D3.9A00.ED61.14AC.70B8.6684

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 133,49 Aliquota 27% Valor do imposto 36,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	50,44
TRANSMISSÃO	5,38
DISTRIBUIÇÃO	28,74
ENCARGOS SETORIAIS	7,70
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	41,23

OUTROS PAGAMENTOS
TITULO DE CAPITALIZACAO BOA ACAO BOA SORTE 2,99
DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 276 6565 3,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 18,84
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,52)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 37,36
Conjunto BARBALHA
Mês ABR/ 2018

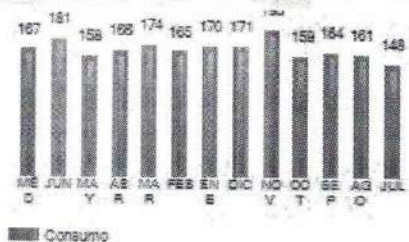
	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim. Anual	Mensal	Trim. Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,61
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00
DMIC (h)	2,94			0,61

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



N° do Cliente: **813192-9** N° da Nota Fiscal: **527897370** Total a Pagar (R\$): **158,32**
Data de Emissão: **02/07/2018** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653058.



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilanildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 806.199.913/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fluizio Barbosa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 587.765.321/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fluizio Barbosa Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 587.765.321/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Av. Dr. Antônio Bonnea Saraiva		742	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Bela Vista	Barbalha	PE	63.180-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
juseg@jusegseguradora.com.br	88. 3572-0398	88. 99779-2255	

Barbalha de 29 de Novembro de 2018
Local e Data

Ilanildo Alves dos Santos
Assinatura do Declarante

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 4653059.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 656206715

VALIDO

NOME
 IVANILDO ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / DE
 52915802 SSP/SP

CPF
 806.199.913-72

DATA NASCIMENTO
 21/08/1979

FILIAÇÃO
 ANTONIO JOAO DOS SANTO
 S
 FRANCISCA ALVES DOS SA
 NTOS

PERMISSAO ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04324299065

VALIDADE
 23/11/2017

1ª HABILITAÇÃO
 26/03/2008

OBSERVAÇÕES

DIADEMA

Ivanildo Alves dos Santos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 DIADEMA, SP

DATA EMISSÃO
 29/11/2012

44625759654
 SP567826660

DETRAN SP (SAO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 656206715

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 465305A.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **806.199.913-72**

Nome: **IVANILDO ALVES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **21/08/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/1997**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:17:30** do dia **03/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DB21.997C.322E.0E7F**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

29 NOV. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Alvizio Barbosa Dantas, brasileiro(a), estado civil: divorciado
 Profissão: Motorista, portador(a) do RG 147623388, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 587.765.321-00, residente no(a) Sítio Santana II
 nº 717, bairro: Zona Rural, município: Barbalha - Ceará

OUTORGADO:

Nome: Ivanildo Alves dos Santos, brasileiro, estado civil: casado, Profissão: Auxiliar de Escritório,
 portador do RG 52915802, órgão expedidor SSP/SP e do CPF: 806.199.913-72, residente na
 Avenida Dr. Antônio Corrêa Saraiva, nº 821, bairro: Bela Vista, município: Barbalha/CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Alvizio Barbosa Dantas

Local e Data: Barbalha - CE, 07/06/2018



Alvizio Barbosa Dantas

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO DE FIRMAS
QUANTO À IDENTIDADE
DO TITULAR

DIXE

1º OFÍCIO
Barbalha - CE

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço a(s) Firma(s) de: Alvizio Barbosa Dantas

07 JUN. 2018

Bel. Marcelino Maciel Torres - Tabelião
 Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta
 Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrevente
 Francisco Salviato de Lavor - Escrevente

29 NOV. 2018

Documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCONDES YURI DE SOUSA DAMASCENO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 03/04/2019 às 18:17, sob o número 00058874020198060071. Conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005887-40.2019.8.06.0071 e código 465305D.