



CANDIDO & MORAIS

Advogados Associados

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PLS. 01
VARA ÚNICA / AIUAABA
CEARA

de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, II da Lei 6.194/74;

d) A condenação da Requerida nas custas processuais (art. 84 do CPC), bem como nos honorários advocatícios no valor de 20% da condenação, do proveito econômico pretendido ou, em não sendo possível mensurá-lo, do valor atualizado da causa (art. 85, caput e §2º do CPC);

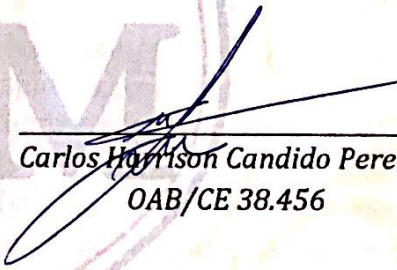
Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), apenas para fins de alçada.

Termos em que,
Pede deferimento.

Crato (CE), 24 de maio de 2019.


Marcelo Henrique A. de Moraes
OAB/CE 39.605


Carlos Harrison Candido Pereira
OAB/CE 38.456

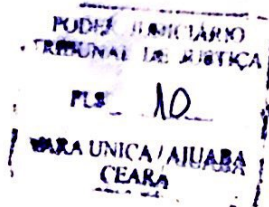

Caroline Feitosa Noronha
OAB/CE 37.110


Lucas Gonçalves Brasil
Bacharel



CANDIDO & MORAIS

Advogados Associados



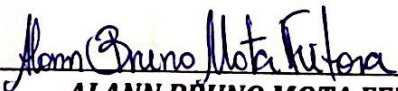
PROCURAÇÃO

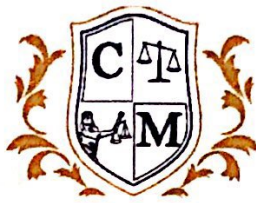
OUTORGANTE: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA, brasileiro, Solteiro, Servidor Municipal, inscrito no CPF sob o nº 029.557.013-00, RG nº 2003012034962, SSP/CE, residente e domiciliado na Rua José Ferreira Barbosa, Nº, 113, Bairro Centro, Aiuaba-CE CEP nº 63575-970

OUTORGADO: CARLOS HARRISON CANDIDO PEREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 38456, CPF nº 055.078.083-17, e-mail carloscmadv@gmail.com e **MARCELO HENRIQUE ABREU DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 39.605, CPF Nº 026.718.353-45, e-mail marcelohmoraismadv@gmail.com; **CAROLINE FEITOSA NORONHA**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE sob nº 37110, CPF nº 010.991.923-82, e-mail carolinefnoronha@hotmail.com; **LUCAS GONÇALVES BRASIL**, brasileiro, solteiro, bacharel, CPF nº 055.523.673-08, e-mail lucasgbrasil@icloud.com com endereço profissional à Rua Doutor Miguel Lima Verde, nº 494- Mandacaru Center sala 04, centro, cidade de Crato/CE, CEP 63.100-060, local onde recebem correspondências e intimações.

PODERES: O Outorgante confere poderes amplos, gerais e ilimitados para representá-lo em âmbito judicial, como extrajudicial, podendo ainda propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras até o final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, receber alvará, intervir em qualquer feito como litisconsorte, acordar, transigir, firmar compromissos, receber e dar quitação, substabelecer, e praticar, enfim, todos os atos necessários para o fiel cumprimento do presente mandato.

Crato/CE, 31 de maio de 2019


ALANN BRUNO MOTA FEITOSA
CPF 029.557.013-00



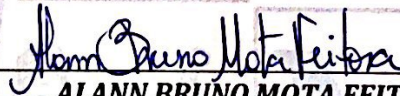
CANDIDO & MORAIS
Advogados Associados

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PLS. 11
VARA ÚNICA / AIUABA
CEARÁ

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**, brasileiro, casado, professor, inscrito no CPF sob o nº 029.557.013-00, RG nº 2003012034962, SSP/CE, residente e domiciliado na Rua José Ferreira Barbosa, Nº, 113, Bairro Centro, Aiuaba-CE CEP nº 63575-970, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Crato-CE, data 31 de maio de 2019.



ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

CPF: 029.557.013-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito




Alan Bruno Mota Feitosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

PLS 12

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003012034962

DATA ÚNICA - ALCARÁ
EXPECIÇÃO CERN/2014

NOME
ALAN BRUNO MOTA FEITOSA

FILIAÇÃO
**ANTÔNIO DE MORAES FEITOSA NETO
MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA**

NATURALIDADE
CRATO - CE

DATA DE NASCIMENTO
23/09/1990

DIC. ORDEM
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 9187 FOLHA: 378 LIVRO: A
32 AQUIABA - CE
CPF 029.557.013-00**

2 VIA

Assinatura

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P.: 56

Nº DO CLIENTE
4092106

Para aplicar seu desconto, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeirino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-2

enel

EXEMPLAR JUNTADO AO
TERMINAL DE JUIZADO
FLS. 13
PARA ÚNICA AJUADA
CLARA

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

539058958

Rota 18 16010 01 136600 - 8

Data de Emissão 27/08/2018

Nome MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA

End. Postal RU JOSE FERREIRA BARBOSA 00113

CENTRO - AIUABA - 63575000

Medidor 1991135

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 422597893-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Ago/2018
Data de Apresentação 27/08/2018
Previsão Próxima Leitura 26/09/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta ANTONINA DO NORTE

Mês Jun 2018 **EUSD** 66,50

ICMS			Pagto (R\$) Individual			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
269,71	21,00%	56,74	5,43	16,29	1,74	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,20	9,60	0,00	0,00	0,00
CIC 49,9515, FIC 0,004, DCF 0,000, DCF 0,000			DMIC	3,11	9,33	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7 11599	11250	1,00	349	0,00	349	0,77283	269,71
27-08-18	26-07-18		32 kWh		349		269,71

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	269,71
MULTA MORATORIA REF 07/2018	3,96
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,12
JUROS DO MES	2,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	56,68
SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0000 600 0560	4,12
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 24,85)	

VENCIMENTO 03/09/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 338,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Energia 100,50	229
Transmissão 11,80	349
Distribuição 15,87	245
Encargos Setoriais 15,81	277
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 80,39	228
TOTAL 263,71	216

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
136,25	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, convido-o a regularizar sua situação financeira em relação ao fornecimento de energia elétrica. O não pagamento das contas em atraso implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/18, Art. 172, par. 1º, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso seja tomado o devido provido, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 7,57 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,51% e COFINS: 2,30%.

Estamos em Bandeira Vermelha, pagando 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (iluminação pública). Informações: www.enel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES

Resumo	Valor R\$
07/2018	242,56
Total	242,56



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NUMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada		
LOGRADOURO R DA ASSEMBLEIA	NUMERO 100	COMPLEMENTO ANDAR 26
CEP 20.011-904	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO
UF RJ		
ENDEREÇO ELETRÔNICO PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 15/05/2019 às 16:02:30 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



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



Impresso nº 2019202600

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 922 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 07:50:20**
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2019 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 176**
Complemento:
Bairro: Município: **TAUÁ/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A STAR HOUSE**

Noticiante(s)

Nome: **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**
Nascimento: **23/09/1990** CPF: **029.557.013-00**
RG: **2003012034962** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA**
ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO
Endereço: **RUA JOSE FERREIRA BARBOSA, 113**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **AIUABA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99742-7741**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMS3667** Uf: **CE** Município: **AIUABA** Chassi:
9C6DG2510F0002006 Renavam: **1038216530** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **CINZA** Proprietário: **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu hoje o (a) queixoso (a), na sede desta 14ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Tauá-CE, ONDE DISSE QUE: na data do dia 16/02/2019, por volta das 02h00min, o noticiante/vítima se envolveu em um acidente de trânsito no momento em que conduzia sua motocicleta de placas da marca e modelo YAMAHA/XTZ 150 DE PLACA PMS-3667; QUE a vítima trafegava pela CE 176, momento em que perdeu o controle da moto, vindo a cair ao solo; QUE logo após o acidente ainda conseguiu levantar-se e conduzir sua moto até em casa, momento em que foi socorrido por seu genitor ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO ao hospital municipal de Aiuaba e, posteriormente, ao Hospital Regional de Juazeiro do Norte; QUE em razão do acidente sofreu várias escoriações pelo corpo, notadamente no braço direito e perna direita, além de fratura no rosto; QUE ficou internado por 06 dias no hospital; QUE apresentou como testemunhas: ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO, podendo ser encontrado no endereço do Declarante, e ELISÂNGELA PEREIRA GOMES DE CASTRO, podendo ser encontrada na Rua Armando Arraes, 18, Boa Vista, Aiuaba-Ce, todos residentes em Aiuaba/CE. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE BOLETIM SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, TAUÁ-CE.

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

Consolidado em: 28/03/2019 08:10:50

Marcelo Bezerra Pereira
MAT: 301.189-2-8
Delegado de Polícia Civil

Pág. 1 de 2

Impresso em: 28/03/2019 08:10:50



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



Impresso nº 2019202600

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 922 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCELO BEZERRA PEREIRA - MAT.: 30118928

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Henri B. Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

RITIANE OLIVEIRA DA SILVA - MAT.: 30119665

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA	Idade: 28 ano(s) 4	Prontuário: 171339
Endereço: IRMA HELENA HILTA ROCHA	UF: CEARÁ	Sexo: Masculino
Bairro: CAMPO ALEGRE	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 63010-000	Num:	

Localização	
Clínica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 02	Leito: 607
Internação 18/02/2019 20:39	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ENVOLVIDO EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO (S.I.C.) APRESENTOU escoriações em diversas áreas do corpo e laceração em supercílio direito. apresentou FRATURA zigomático ORBITÁRIA A DIREITA COM POUCO DESLOCAMENTO E POUCA REPERCUSSÃO ESTÉTICA. PACIENTE PREFERE NÃO REALIZAR ABORDAGEM CIRÚRGICA. PACIENTE LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES. no momento consciente, orientado, eupneico, diurese presente, evacuação ausente sem queixas abdominais. edema mínimo e leve perda de projeção antero posterior. APRESENTA CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR COM ALTA AMBULATORIAL.

Exames Realizados

EXAME CLÍNICO + EXAMES DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS

Terapêutica Utilizada

TERAPIA DE SUPORTE CLINICO

Diagnóstico

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/02/2019

Observações Complementares

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CTBMF EM 15 DIAS COM QUALQUER DOS PROFISSIONAIS CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGA. RETORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE NECESSIDADE

Responsável

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

Data: 21/02/2019

Dr. Francisco Aurelio L. Sandrini
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRM: 6046

Agendamento		
Dr. Eduardo		
Data: 13/03/19	Data:	Data:
Hora: 8:00h	Hora:	Hora:
Código 97227	Código	Código

ATESTADO

Atesto para fins trabalhistas, que **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**,
Prontuário: **171339**, esteve internado neste hospital de 16/02/2019 à 21/02/2019. O
mesmo necessitará de repouso domiciliar por 10 (dez) dias a contar de hoje para
seu restabelecimento e retorno às atividades laborativas.

CID 10: S 02.4 (Paciente autorizou divulgação do C.I.D.)

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019.

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Francisco L. S. S.
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 6046

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
NOME: ALLAN BRUNO MOTA FEITOSA **IDADE:** 28 anos
DATA DO LAUDO: 16-02-2019
MÉDICO SOLICITANTE: DRA BRENA

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 4 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Parênquima cerebral homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substância branca e cinzenta.

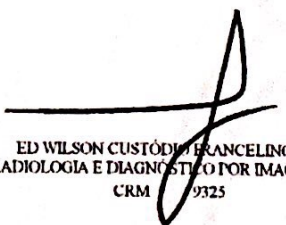
Ventriculos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.

Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicas.

Elementos da fossa posterior sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame tomográfico dentro dos padrões da normalidade.

OBS: fraturas do arco zigomático e paredes ósseas do seio maxilar direitos. Material denso hemorrágico no seio maxilar direito.


ED WILSON CUSTÓDIO BRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9325

RECIBO SIMPLES

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA

FLS. 20

VARA ÚNICA / AJUARA
CEARA

Recebi do Sr./Empresa Alann Bruno Neta Feitosa
a quantia de

Trezentos e oitenta reais (R\$ 380,00)
correspondendo a Tomografia Computadorizada de Crânio

E, para maior clareza, afirmo o presente Ed Wilson C. Francolino CRM 9325
16 de fevereiro de 20 19.

[Assinatura]

BOFEE J. MARQUES
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PLS 21
VARA ÚNICA / AQUIABA
CEARA

FARMACIA GENTIL
FRANCISCO RIVAILLON TELES BRAGA
R. BARBARA DE ALENCAR, 00816
CENTRO - CRATO - 63100-000
CNPJ 06039028000380 IE 000060754850

Extrato Nº: 27110
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

# COD DESC QTD UN	VL UN R\$ VLTR R\$	VL ITEM R\$
00100015981 CONTRAC 1 UND X 64,530 (8,68)		64,53
Desconto		-5,16
Valor Liquido		59,37
Subtotal		64,53
Descontos		5,16
TOTAL R\$		59,37
Cartão de Crédito		59,37

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

CX 01 TU 02 OP 0271 VD 0289

MAIS OPCOES POR SUA SAUDE

Valor aproximado dos Tributos deste Cupom

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

8,68

SAT Nº 230094123

13/03/2019 12:52:24

2319 0308 0390 2800 0380 5923 0094 1230 2711 0162 1467



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)

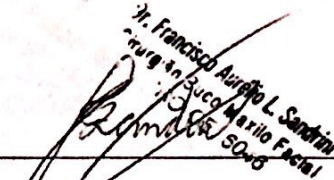
PODER JUDICIÁRIO
REGIONAL DE JUSTIÇA
PLS. 22
VARA ÚNICA/JUAZEIRO
CEARÁ

Nome: **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**
R_n

RECOMENDAÇÕES

1. REPOUSO MODERADO POR 5 DIAS
2. EVITAR ESFORÇO FÍSICO POR 10 DIAS
3. ALIMENTAÇÃO BRANDA POR 21 DIAS
4. NÃO DEITAR DO LADO DIREITO POR 21 DIAS
5. NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOOLICAS
6. NÃO FUMAR
7. NÃO SE EXPOR AO SOL
8. REMOVER OS PONTOS EM 7 DIAS NO PSF
9. RETORNO AO AMBULATÓRIO CTBMF EM 15 DIAS COM QUALQUER DOS PROFISSIONAIS
10. HIGIENE DO FERIMENTO COM SABONETE LÍQUIDO
11. COMPARECER À EMERGÊNCIA ANTES DESTES PRAZO EM CASO DE INTERCORRÊNCIA.

Juazeiro do Norte – CE, 21/02/19


Dr. Francisco Aurélio L. Santrini
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO-CE:

PLS - 23
PARA UNICA ANUABA
CEARA

Nome: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

USO INTERNO

R//

1- DIPIRONA 500 mg _____ 10 COMPRIMIDOS
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6 hs, se NECESSÁRIO (dor).

USO TÓPICO

2 - A.G.E. _____ 01 FRASCO
Aplicar nos ferimentos 2x ao dia, por 15 dias.

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019

Assinatura e Carimbo

Dr. Francisco Avelino L. Santhi
Cirurgião Bucal Maxilo Facial
CRM-CE: 6048

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALAN BEUNO MOTA FELIOSA
 DATA DO ACIDENTE 16/02/19 CPF DA VÍTIMA 029551013-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALAN BEUNO MOTA FELIOSA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VI VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É ALAN BEUNO MOTA FELIOSA
 ENDEREÇO DO PORTADOR QUA JOSE FERREIRA BARBOSA
 Nº 113 COMPLEMENTO CASA UF CE BAIRRO BOA VISTA
 CIDADE ATUABA CEP 63575-000
 E-MAIL matheusbarbosa@gmail.com TELEFONE (11) 993427741

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28/03/19
 IDENTIDADE 2803012034962
 ASSINATURA Alan Beuno Mota Felirosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 28/03/19 MATR. CORREIOS 15
 NOME UNICA ATUABA
 ASSINATURA 24

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

PODER JUDICIAL
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
R. 25
Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatseguro.com.br ou ligue SAC DPVAT 0800 22 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANAN BEUNO MOTA FEITOSA

PORTADOR/A DO RG No.: 2003012034962 EXPEDIDO POR _____ EM 18/11/2014 E

CPF 029557013-00 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

ESTUDANTE E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANAN BEUNO MOTA

FEITOSA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA 5983-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. DE CONTA CORRENTE 8405-0

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

No. BANCO 194 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em contas salário (INSS), conta fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou contas conjuntas quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos das agências, caso o dígito exista, principalmente do Banco Bradesco;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ativa;
- Indique corretamente se a conta informada é poupança ou conta corrente;
- Tenha sempre um documento bancário para conferência da sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL ANÁPOLIS - CEARÁ

DATA 28/03/19

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Anan Beuno Mota Feitosá

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 12300934 - AC ATUABA
ATUABA - CE
CNPJ....: 34028316145691 Ins Est.: 068421990

COMPROVANTE DO CLIENTE (2a. Via)

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CFF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 319467660
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 28/03/2019 Hora.....: 11:36:13
Caixa.....: 90973130 Matrícula...: 81811683
Lancamento...: 025 Atendimento: 00018
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1620066923

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	110	
CNPJ/CFF Remet : 02955701300		
Nome Remetente...: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA		
Endereco Remet...: RUA JOSE FERREIRA BARBOSA.		
Cont Endereco...: . . .		
Cep Remetente...: 63575-000		
Cidade Remet...: ATUABA		
UF Remet.....: CE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	110	
OBJETO.....: DY1541931966R		

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190273600

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14278437

RECEBIDO
LÍDER
28
ATUABA

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273600

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Valor: R\$ 59,37

Banco: 001

Agência: 000005983-8

Conta: 000010008405-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01929/01930 - carta_12 - DAMS

00020965





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.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
2ª
PARA UNICA / JUABIA
CERRA

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190273600

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14243607