

RECEITUÁRIO

LAVDO

Paciente Carlos Alberto Alves da Silva Sobrinho
natureza lesão da perna
de um 20/06/2017, subme-
tido a tratamento fisio-
térápico com 14 sessões de fisio-
terapia intensivas com
incapacidade funcional
da perna de 60% per-
de a mobilização
e limitação da movi-
mentação. A perna de
dica de limitação

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5165
CPF: 228.775.923-3

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN, 2018

Ass



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Paulo Alexandre Alves de Lima brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão ESTUDANTE inscrito(a) sob o CPF nº _____
e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua Corumbá, nº 1141,
Bairro Cy Rosalina, na cidade de Fortaleza - Ce, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 25 de Setembro de 201 9.

Paulo Alexandre Alves de Lima

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder nos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227548/18

Vítima: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

CPF: 608.299.873-12

Data do Acidente: 20/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Comproventes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA : 608.299.873-12

Autorização de pagamento

Comprovente de residência

INVAL = 3180290799
TOLMA ESSE

1563 - 1246 87

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2018

Nome: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 608.299.873-12

CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2018

Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

30-08-18
AGUARDANDO O RESULTADO
- DA PERÍCIA -

- R\$ 2.019,88 - Dams

- INVALIDEZ EM ANÁLISE

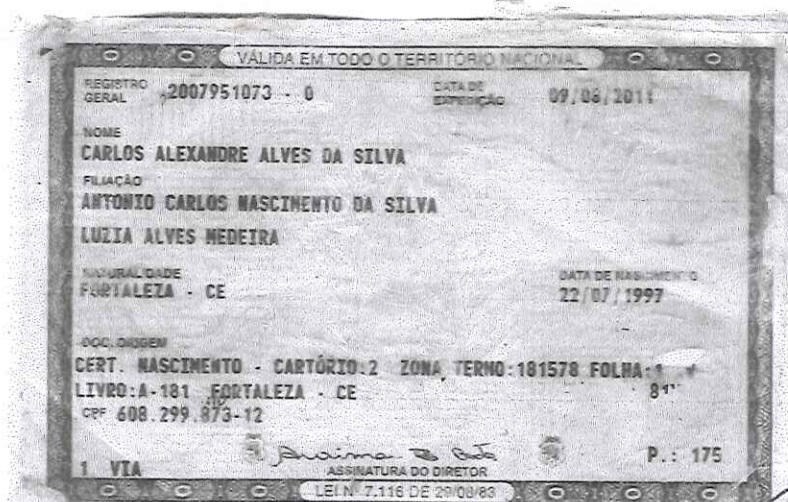
R\$ 4.725,00

109 300 ALINE MEU
109 200 ALI. MEU

PROTOCOLO DE ONDE FUI DA
ENTRADA NO MEU PROCESSO
AVENIDA ANTONIO SOARES Nº 131
JO ANDRÉ BAIRO JOAQUIM
SEGURADORA LIBIA

500
MEU

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/01/2020 às 15:02, sob o número 02040219220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204021-92.2020.8.06.0001 e código 5C77532



UBIACORRETORA DE SEG. LTDA.
25 JUN. 2018

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
608.299.873-12

Nome
CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

Nascimento
22/07/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

ASS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 20/06/2017 CPF DA VÍTIMA 608.299.873-12
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 20079510730
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR R VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOI
Nº 1141 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Campano Rosalina
CIDADE FORTALEZA UF CE CEP 60744-390
E-MAIL NÃO TENHO TELEFONE (33) 8513 7147

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

- ☐ 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)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 - 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA FORTALEZA 13/06/18IDENTIDADE 20079510730ASSINATURA Carlos Alexandre Alves da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

fls. 12

Pedido de Reanalise

Eu: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA,
Rg: 200795/1073-0 e
Cpf: 608.299.873.12, solicito
reanalise de meu processo de invalidez permante de
n. _____, visto que estou mandando um
novo relatório informando o grau da minha invalidez
permante.

Espero que os senhores compreendam a minha
solicitação e assim possa dar procedimento ao
processo concluindo com a marcação de perícia e
consequentemente efetuando o pagamento da
indenização

Atenciosamente,

FORTALEZA (CE), 13 de JUNHO 2018

CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 JUN. 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CARLOS ALEXANDRE OLIVEIRA DA SILVA

CPF da Vítima

60829987312

Data do Acidente

20/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

NÃO TENHO

Telefone (DDD)

085 98513 7147

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 13 de JUNHO de 18

Local e Data

Carlos Alexandre Oliveira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO DE DEVOLUÇÃO DE PROCESSO

NOME	DATA DO CADASTRO (DANIELE)	NATUREZA
RENAN LUIS MOTA DE OLIVEIRA	20/07/2018	DAMS
JOSE AIRTON SILVA JUNIOR	05/07/2018	DAMS
WALLERIO GABRIEL DE FREITAS	20/07/2018	DAMS
FRANCISCO EDSON FAUSTINO SALDANHA DA COSTA	20/07/2018	INVALIDEZ

ANA CRISTINA DA
SILVA ABREU

25/07/2018

INVALIDEZ

ENTREGA 30/07

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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 com 16 ou 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

3180 290799

CPF da Vítima

608.299.873.12

Nome completo da vítima

Carlos Alexandre Alves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Carlos Alexandre Alves da Silva		608 299 873 .12		Recuso	
Endereço		Número		Complemento	
Rua 101		1141		Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Conjunto Resolima	Fortaleza	Ceara	60744-390	08598513 7147	
Email					
Recuso					

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

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

5563

D/V

CONTA

NRO.

124687

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

13 AGO. 2018

FORTALEZA, 13 de A GO STO de 18

Local e Data

ASS:

Carlos ALEXANDRE ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0015-74 - INSC. ESTADUAL: 06.106.205-7
 AV. SANTOS DUMONT, 6355 - FORTALEZA - CE CEP: 60175-053
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-73



JOSE LIMA MARINHO
 RUA CENTO UM, 1141
 CJ ROSALINA
 60744-390 FORTALEZA-CE

PANIFICADORA

Referência

OUTUBRO /2017

Telefone

(85) 3493-7361

Vencimento

05/11/2017

Total a pagar

R\$ 158,55

Resumo da sua fatura



OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
 PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31
 OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSAIS

R\$ 27,41
 5,94



OI VELOX

OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA
 ASSINATURA VELOX

R\$ 83,33
 83,33



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

LIGACOES FIXO-MOVEL
 SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS
 OUTROS VALORES

R\$ 47,81
 6,30
 0,50
 41,01

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 25 JUN. 2018

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
 Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
 150900892340

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, historico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0015-74 - INSC. ESTADUAL: 06.106.205-7
AV. SANTOS DUMONT, 6355 - FORTALEZA - CE CEP: 60175-053
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

fls. 18



JOSE LIMA MARINHO
RUA CENTO UM, 1141
CJ ROSALINA
60744-390 FORTALEZA-CE

PANIFICADORA

Referência

AGOSTO /2018

Telefone

(85) 3493-7361

Vencimento

05/09/2018

Total a pagar

R\$ 142,35

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$	26,09
	OI FIXO		6,45
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31		
	OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSAIS		19,64
	OI VELOX	R\$	75,00
	OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA		75,00
	ASSINATURA VELOX		
+	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$	41,26
	OUTROS VALORES		41,26

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
150900892340

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0015-74 - INSC. ESTADUAL:
06.106.205-7
AV. SANTOS DUMONT, 6355 - FORTALEZA - CE CEP:
60175-053
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

JOSE LIMA MARINHO
TELEFONE/CONTRATO: 34937361 CJ 0 SU 1
CONTA 08/2018 LOCAL 3479 DV 1

CODIGO MINHA OI
150900892340

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84630000001-1 42350024030-8 15034790349-7 37361011808-6



FATURA N.: 0900086441714
VENCIMENTO: 05/09/2018
VALOR A PAGAR R\$ 142,35

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 150900892340

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/01/2020 às 15:02, sob o número 0204021922020208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204021-92.2020.8.06.0001 e código 5C77532.



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBÉRIA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131 7322

Falta 20 - Físio

RECEITA

P/ CARLOS ALBERTO A. DA SILVA

FISIOTERAPIA MOTORA

(30 sessões)

DATA: 22 / 11 / 17

Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - Médico (a)

LIBIA CORREIA DE SEG. LTDA.
25 JUN. 2018

Ambulatório

Declaração

Declaro para os devidos fins que o paciente
 Carlos Alexandre Alves da Silva de id: 20079510700
 e cpf: 608.299.873-12 medeia 30 meses de fisioterapia
 motivo devido a protusão de Tórax e fístula U.
 Paciente medeia a fisioterapia para analgesia, fortalecimento
 e parte de ADM.

Dra. Aina Bandeira
 Fisioterapeuta
 CRF nº 128829-8



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 25 JUN. 2018

Fortaleza, 5 de maio de 2018



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :

NOME: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1997

PAI: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA

MÃE: LUZIA ALVES MOREIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 20/06/2017

DATA DE SAÍDA: 24/06/2017

MOTIVO: PACIENTE CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA DEU
ENTRADA NA EMERGENCIA DESTE HOSPITAL DIA 20/06/2017
APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA .
REALIZOU PROCEDIMENTO CIRURGICO, EVOLUI ESTAVEL,
REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR.
PACIENTE FICOU COM LIMITAÇÕES, DEAMBULA COM DIFICULDADE.
ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA

LAUDO DIGITADO EM 12/12/2017 (JOÃO ANANIAS/C)"

Dr. Angelo Luz
Cirurgia de Joelho
CRM 22524

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 JUN. 2018

ISS:



FORTALEZA CE

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 20/06/2017 20:38:23	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 77456908765321	NOME: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA		Registro: 4643594		
CPF: 60929987312	RG: 20079510730	D. NASC: 22/07/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/DOR: Parda
NOME DA MÃE: LUZIA ALVES MEDEIRA		NOME DO PAI: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: RUA	ENDEREÇO DO PACIENTE: ARGENTINO PINHEIRO TORRES		Nº: 1660	BAIRRO: PASSARE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LUZIA ALVES MEDEIRA		PARENTESCO: MAE	TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente de trânsito, vítima de atropelamento.					
QUEIXAS: Apresenta fratura exposta em MID					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades; dor intensa					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Condução:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4304

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LÍBIA
25 JUN. 2018

155:

DOCUMENTO
ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 358 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/02/2018 10:30:40
Data / Hora da Ocorrência: 20/06/2017 19:00:00
Endereço da Ocorrência: RUA MORELIA
Complemento:
Bairro: PQ. POTIRA / JUREMA Município: CAUCAIA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CARLOS ALEXANDRE ALVES DA SILVA
Nascimento: 22/07/1997 CPF: 608.299.873-12
RG: 2007951073-0 Órgão Emissor: SSP
Filiação: LUZIA ALVES MEDEIRA
ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA
Endereço: RUA 101, 1141
Bairro: CONJUNTO ROSALINA
Município: FORTALEZA/CE
País: BRASIL

Telefone: (85) 98513-7147

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
UF: 25 JUN, 2018

CAS:
CEP:

Histórico

Informa o noticiante que no dia, hora e local acima citados estava atravessando a via, quando se repente surgiu uma motocicleta não identificada, atropelando o noticiante; QUE o causador do acidente se evadiu do local sem prestar socorro ao noticiante, sendo acionada uma ambulância do SAMU, mas devido à demora o noticiante acabou sendo socorrido por populares em carro próprio até o Hospital Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos. Nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198553-1.3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 200547-1.7