



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01353679-6** em **28/07/2020 12:00:01**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
Processo : 0238130-35.2020.8.06.0001  
Protocolo : WEB1.20.01353679-6  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 28/07/2020 12:00:01

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição\* : 2737600\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
Documentação : 2737600\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-13.pdf

### Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

---

**Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200008340**

**Vítima: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200008340**

**Vítima: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200008340**

**Vítima: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200008340

Vítima: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**

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

|                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| Multa:                                                      | R\$ 0,00   |
| Juros:                                                      | R\$ 0,00   |
| Total creditado:                                            | R\$ 843,75 |
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25% |            |
| Graduação: Em grau leve 25%                                 |            |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%            |            |
| Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =                      | R\$ 843,75 |

Recebedor: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 0000059129-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 29.397.563-58 4 - Nome completo da vítima: Francisco Sedran Oliveira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Sedran Oliveira dos Santos 6 - CPF: 29.397.563-58  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua C. Condição Popular ITA PERI 66 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Tororore 12 - Cidade: Santaluz 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60020-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85 9987-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0713 CONTA: 905499 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santaluz 22 de OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA  
Impresso nº 2019716101



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1143 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 15:29:40**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/04/2019 14:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ROD CE040, CENTRO - PINDORETAMA/CE**  
Ponto de Referência: **POSTO TERRAL**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**  
Nascimento: **22/11/1986** CPF: **009.397.563-58**  
RG: **2000002049440** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS**  
**NC**  
Endereço: **RUA MARIO FILHO, 1119**  
Bairro: **MONDUBIM**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **8991-9799**

**Histórico**

Afirma o declarante que no dia 26/04/2019 estava conduzindo sua bicicleta na CE 040, sentido interior/capital, quando foi atingido por um caminhão, o qual o declarante não conseguiu ver a placa e nem qual a marca do veículo, pois desmaiou devido aos ferimentos; que o caminhão atingiu sua perna esquerda, a qual foi faturada em dois locais, inclusive o declarante perdeu alguns movimentos de sua perna esquerda; que registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_  
**FARLEY CORDEIRO LOPES - MAT.: 300757-1-4**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**Francisco Sidney Oliveira dos Santos**

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 29.397.563-58 4 - Nome completo da vítima: Francisco Sedran Oliveira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Sedran Oliveira dos Santos 6 - CPF: 29.397.563-58  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua C. Condição Popular ITA PERI 66 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Tororore 12 - Cidade: Santaluzia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60020-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85 99878-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:   S  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santaluzia 22 de OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar ao **Sr. FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS**, portador do RG n.º 2000002049440, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 009.397.563-58, no dia 26/04/2019 às 18h29, no Município de Pindoretama-CE, na Rodovia CE 040, Bairro Centro, próximo ao Posto Terral, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por caminhão, sendo removido para o Hospital local e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de setembro de 2019.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

**SAMU 192 CEARÁ**  
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE  
Fone: (85) 3433 7434

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00713-7

CONTA: 000000059129-7

Nr. Autenticação

BRDESCO050220200500000000002370071300000005912984375 PAGO



Esta é a segunda via de

**ABR/2019**

Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**2004757** DV **6**

**VENCIMENTO**  
**05/06/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**76,02**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **570539957**

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 11 01210 19 0503000 Medidor 1872909 Poste 1037 B34T  
Nome MARIA SUELEUDA DOS SANTOS  
Endereço Postal

End. da Unidade RU C CONJ POPULAR ITAPERI 00066 PASSARE FORTALEZA  
Consumidora 60000000

RG / CPF / CNPJ 918.875.503-72 CGF  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 3990 Leitura Anterior 3886 Constante 1 Consumo (kWh) 103 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 103

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

|                           | Quantidade | Tarifa  | Valor (R\$) |
|---------------------------|------------|---------|-------------|
| <b>ENERGIA</b>            |            |         |             |
| Consumo faixa 0-30 Kwh    | 30         | 0,17436 | 5,23        |
| Consumo faixa 31-100 Kwh  | 70         | 0,29891 | 20,92       |
| Consumo faixa 101-220 Kwh | 3          | 0,44837 | 1,34        |

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 25/04/2019 Prev. Próxima Leitura 17/05/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

987E.5C9C.9FE7.1AE9.5F3D.D262.9FFC.FBE4

**ICMS**

| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO                |          |                  |

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 14,29 |
| TRANSMISSÃO                 | 1,52  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 8,14  |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 2,18  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 2,55  |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,96  
Conjunto MONDUBIM  
Mês FEV/ 2019

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 4,95              | 9,91  | 19,82 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,17              | 6,35  | 12,70 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,77              |       |       | 0,00                |       |       |

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



**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES 0,03  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 1,19  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 9,50  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 37,81

RECEBIDO EM  
01 JUL 2019  
TREVO LOTECA  
3227-6304

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

"FAÇA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."  
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Consiga desta fatura R\$ 2,55 referente a PIS e COFINS.

autenticação mecânica cliente

**Registro de Atendimento Emergencial**

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                                        |                                                |                      |                     |                                              |                   | DATA/HORA: 26/04/2019 20:31:58 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                  |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| CNS: 700302933079730                                                                                                                                       | NOME: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS     |                      |                     |                                              | Registro: 5613944 |                                |  |
| CPF: 00939756358                                                                                                                                           | RG:                                            | D. NASC: 22/11/1986  | ESTADO CIVIL:       | SEXO: M                                      | RAÇA/COR: Parda   |                                |  |
| NOME DA MÃE: FRANCISCA IRANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS                                                                                                        |                                                |                      |                     | NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO                  |                   |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                                                    | ENDEREÇO DO PACIENTE: SÃO FRANCISCO DO ITAPERI |                      |                     | Nº: 699                                      | BAIRRO: PASSARE   |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                               | TELEFONE: 985380421,                           | MUNICÍPIO: FORTALEZA |                     | UF: CE                                       | CEP: 60862520     |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                                               |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| NOME: samu usb 110 cond leiván                                                                                                                             |                                                |                      | PARENTESCO: o mesmo |                                              |                   | 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 com ciclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus                                                     |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| QUEIXAS: colisão bicicleta/caminhão (raspão), alcoolizado, laceração MIE suturável. Fratura de Femur esq? edema na patela esq. cefaleia, desmaiou, náusea. |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                                               |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                              |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública                                                                                                                          | Escala de Dor: Moderado                        |                      |                     | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO           |                   |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                              |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                         |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| Anamnese: <u>CO DE PROTOCOLO - INT</u><br><u>RASTREADA</u>                                                                                                 |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| Exame Físico: <u>PELO SISTEMA E-SUS</u><br><u>DATA 07 / 10 / 2019</u>                                                                                      |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| Conduta: <u>MATRÍCULA 51022</u><br><u>Carla Gomes</u><br><u>SERVIDOR(A)</u>                                                                                |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                                                                          |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                                                                         |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                                                                |                                                |                      |                     |                                              |                   |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                                                                |                                                |                      |                     | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                   |                                |  |



# HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

Atendimento FIC

Fernando A. de A. Silva

Reflexo e Fritura

João E. C. de A.  
Rafael - Henrique de

120 de a year  
185

CLAUDIO EUGENIO  
CRM-CE 4018

1694

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDO TAVORA**



**ATESTADO MÉDICO**

ATESTADO QUE O PACIENTE FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS COM FRATURA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO, L. NECESSITA A DSE 180 DIAS D E REPOUSO. CID= S821

FORTALEZA/CE, 3 de Maio de 2019

CLAUDIO JOSE  
CRM/CE 4078

CLAUDIO EUFRÁSIO  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-CE 4078



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA**



**ATESTADO MÉDICO**

ATESTADO QUE O PACIENTE FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS COM FRATURA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO, L. NECESSITA A DSE 180 DIAS D E REPOUSO. CID= S821

FORTALEZA/CE, 3 de Maio de 2019

CLAUDIO JOSE  
CRM/CE 4078

CLAUDIO EUFRÁSIO  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-CE 4078

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL INTEL: [WWW.INTEL.GOV.BR](http://WWW.INTEL.GOV.BR)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PT/PA/SEP 154.45343.41-7

NÚMERO

6909572

SÉRIE

0050

UF

CE

3<sup>o</sup> Sidney Diniz da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



03

# QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO.....: FRANCISCA IVANILDA OLIVEIRA DOS SANTOS

NASCIMENTO.....: 22/11/1986

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO.....: R.G. - 2000002049440 - 26/05/2017 - SSPDS - CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 009.397.563-58

T.T. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SEC. - FORTALEZA - SINE EUSEBIO

DATA DE EMISSÃO: 01/08/2017

ZNH.....: ZONA:

*Francisco Sidney Oliveira dos Santos*

PABLO ZECH SYLVESTRINE

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/CE

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

## LEGENDA

|                   |              |                                  |                        |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------|
| A - CASAMENTO     | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO |
| B - SEC. JUDICIAL | D - ADOÇÃO   | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA           |                        |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200008340 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS               | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                     |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200008340 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS               | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                     |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007575/20

**Vítima:** FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANT

**CPF:** 009.397.563-58

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 26/04/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS : 009.397.563-58**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020  
Nome: FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS  
CPF: 009.397.563-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

FRANCISCO SIDNEY OLIVEIRA DOS SANTOS

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA