

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9934310

A/C: MARLUCIA FERREIRA LIMA

Sinistro: 3160638596 ASL-1114340/16
Vitima: MARLUCIA FERREIRA LIMA
Data Acidente: 13/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9938677

A/C: MARLUCIA FERREIRA LIMA

Sinistro: 3160638596 ASL-1114340/16
Vitima: MARLUCIA FERREIRA LIMA
Data Acidente: 13/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10128132

A/C: MARLUCIA FERREIRA LIMA

Sinistro: 3160638596 ASL-1114340/16
Vítima: MARLUCIA FERREIRA LIMA
Data Acidente: 13/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



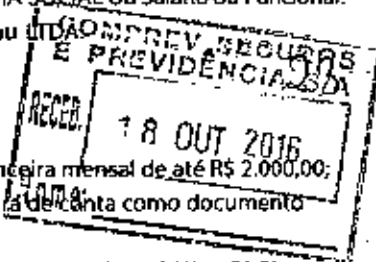
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcélia Ferreira Lima
PORTADOR(A) DO RG Nº 94030006099 EXPEDIDO POR SSP/RS-PE EM 11/19/13 E
CPF 0421850803-15 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO MARKETING
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcélia Ferreira Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0722 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15819-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

11/10/16, 23 de Setembro de 2016

LOCAL E DATA

Marcélia Ferreira Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Início Transferências Transferência DOC - Transferências até R\$ 4.999,99

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

HORÁRIOS E LIMITES

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,
selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem: _____

Conta origem: _____

Conta destino: 722 / 15819-4

Banco: 237-BANCO BRADESCO S/A

Valor a ser transferido: _____

Tarifa de emissão de DOC: _____

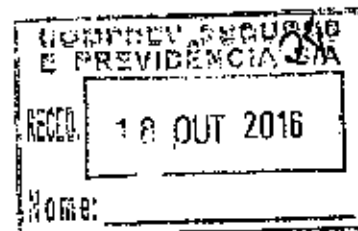
Valor total a ser debitado: _____

Destinatário: MARLUCIA FERREIRA LIMA

CPF/CNPJ destinatário: 644.850.803-15

Finalidade: 99-Outros

Identificação da transferência: _____





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

1114340/16

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 927 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 05/05/2016 10:57:12

Data / Hora da Ocorrência : 13/01/2016 14:00:09

Endereço da Ocorrência: DISTRITO CARNAUBINHA

DOCUMENTO 1 *T196*



ZONA RURAL MILHA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARLUCIA FERREIRA LIMA

Nascimento : 20/11/1961

RG: 9403006099 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF: 64485080315

Filiação: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

RAIMUNDA GABRIEL DA SILVA

Endereço: SIT TABOLEIRO

ZONA RURAL 63635000

MILHA CE BRASIL

Telefone: 08996057605

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta HONDA CG 125 FAN, ano de fabricação/modelo 2003/2005 cor AZUL, placa NUZ-6654 Milha/CE, chassi 9CJJC30705R077595 licenciada em nome de Maria Fátima Ferreira da Silva; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome Maria Fátima Ferreira da Silva, CPF 933.058.343-15, perdeu o controle do referido veículo momento em que derrapou em uma pedra solta, vindo cair no solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Milha/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura de clavícula esquerda e fratura de escápula esquerda; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiros e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inscritas neste procedimento serem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR - MAT.: 13594-14

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Marlúcia Ferreira Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Jefferson
JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548

COLPREV SEGUROS
PO EVIDÊNCIA S/A

18 OUT 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marluceia Ferreira Lima, portador da carteira de identidade nº 9403006099 e inscrita no CPF/MF sob o nº 024.850.803-35, residente e domiciliado na Rua Taboão, 164, Cidade Milhã, Estado PR, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T39*

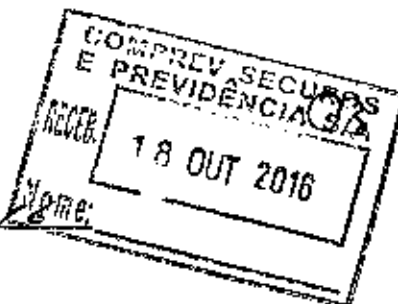


Marluceia Ferreira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MILHÃ - PR 23/09/2016

Local e data



OCCORRÊNCIA RE

RG: 9403 rev. 6-8-95

Endereço	Telefone
----------	----------

[illegible]

Mãe: Rosemary Gabriela da Silva

Atendimento

Data

2.10.3.2. *Shorea*

Wish

43 01 16

44-62

Acidente de Trabalho

Local

Provincia de Guayaquil - la ciudad de Guayaquil (GTC)
 con fuerte línea en la zona central
 o horizontal en el 30° y 40° sur, la
 Provincia E

Diagnóstico

Pulso

Temperatura

Tratamento:

- Limestone to fossils
- Gabbro
- Bt & An - Chlorite + mica - Vacko
- Plagioclase feldspar



CARTÓRIO ANTÔNIO MACEDO DE CAMPOS
Of. de Notas e de Registros

A prezenta c p ta confere cu originalul
Data 16

02 FEB 2016

Indo dado as prioridades

Antônia Clenis Pereira Facanha

Escrevente: Antônio

PHONE FAX (907) 261-1111

Residence

Emp. placed

ERN CASE

Encaminado

Óbito às

Óbito ser

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

BOLETIM DE URGENCIA E EMERGENCIA HOSPITALAR

DOCUMENT 2
1821

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: 12/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLUCIA FERREIRA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000000015819-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201605000000000023700722000000015819472500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcia Ferreira Lima,

RG nº 92403006099, data de expedição 11/12/13, Órgão SSP/PE

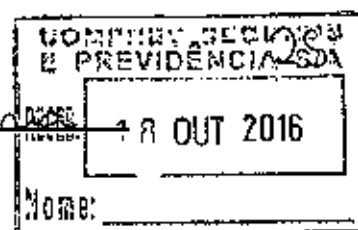
CPF nº 624.850.803-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Taboleiro,</u>
Número	<u>164</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Alfama</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989.0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721.2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ALFAMA-PE 23/09/16

Assinatura do Declarante: Marcia Ferreira Lima



Celso Pinheiro
(85) 99989.0779
(85) 98721.2741

Nº DO CLIENTE
5675840-5

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CPF 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA FORÇADA Nº 4279504000

Rota 34 14061 12 233610 - 3 Data de Emissão 18/04/2016

Nome MARLUCIA FERREIRA LIMA

End. Postal ST TABOLEIRO 00164

MILHA VELHA - MILHA - 63635000

Medidor 338491

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 644850603-15

Nome do Responsável

Posto 0000 0000.....

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leteira
Apr/2016	18/04/2016	18/05/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Voltagem e Regulação da Tensão: Conjunção 100%
Mês: Fev/2016 BUEF 12,00
4. DICP = 0,00 P
Padrão Individual: Apuração Individual
Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual
DIC 10,73 21,46 42,92 0,00 0,00 0,00
FIC 7,67 15,34 30,69 0,00 0,00 0,00
DMIC 5,72 0,00 0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISDTP		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7201.0302.0203.8096.0474.2611.4002.7649

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Cont. Contorno (KWh)	Cont. Ind. Cont. Fct.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
306	238	1,00	56	0,00	0,00
18/04/16	15/03/16	32 kWh	05	11,91744	38,49

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	30,49
	9,76

VENCIMENTO 18/05/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 40,25

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Projeção	19,59
Transmissão	0,40
Distribuição	1,66
Encargos Setoriais	1,02
Tributos ICMS e OUTROS	1,77
TOTAL	34,44

HISTÓRICO DE CONSUMO POR MÊS

12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (KG/KWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.	Compensação kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
Emissão kg(CO ₂)	41,49	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos ampliando o canal de atendimento e agora você também poderá acessar nosso site - www.coelce.coa.br

A COELCE RESPONDE E GARANTE A QUALIDADE DE SEUS SERVIÇOS.

Conota desta fatura R\$ 1,77 referente a ICMS e OUTROS.

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA

RECIBO 18 OUT 2016

Nome:



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160638596 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARLUCIA FERREIRA LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO MARLUCIA FERREIRA LIMA

CPF/CNPJ: 64485080315

Posição em 18-08-2020 13:12:23

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/12/2016	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/diRv92GX7AQJve96atqapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhM9aOZA__Zk6JC1Tk+T2Eltg=)
06/12/2016	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RRtzzB3a5vw1f2ygeA8api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhM9aOZA__Zk6JC1Tk+T2Eltg=)

01/11/2016	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/+CRwLGnL+CPuR833PXWapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhM9aOZA__Zk6JC1Tk+T2Eltg=)
01/11/2016	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SsGI7tfOEKXRRW9h9jzapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhM9aOZA__Zk6JC1Tk+T2Eltg=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.consumidor.gov.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO, portador(a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Marluvia Ferreira Lima.

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

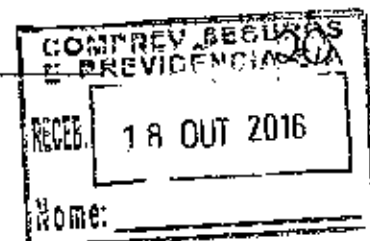
Marluvia Ferreira Lima.

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Celso Gomes Pinheiro
ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Sistema Único de Saúde - SUS
 Prefeitura Municipal de Milhã
 Secretaria Municipal de Saúde
 Hospital Municipal João Leopoldo Pinheiro Landim



Nome do Paciente: Marcia Ferreira Lima

OCORRÊNCIA Nº

Cartão do SUS: 898000502301848 DN: 20.11.61

RG: 94030060095

023

Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão
55		F	Casada	Sobrinha	especialista

Endereço: St. Taboão Telefone:

Unidade de Emergência

Hospital J.L.P. Landim

Pai: Fco Ferreira da Silva

Mãe: Reinanda Gaboia da Silva

O paciente chegou ao Hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

Milhã

Data

13.01.16

Hora

14:00

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Paciente com queixa de acidente of. de mão (SAC) com ferimento lateral com fe. e com o osso da mão fraturado em nível D e transverso da falange 5

Dados Clínicos

Pressão Arterial

Pulso

Temperatura

80 x 30

Diagnóstico

Ac. of. de mão

Tratamento:

- + limpeza do ferimento
- + Sutura
- + 02 + Anestesia + antibiotic
- + Sutura final 11.55



Autenticação

CARTÓRIO ANTONIO MACEDO DE CAMPOS
 Of. de Notas e de Registros

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

02 FEV. 2016

no dado ao paciente

Em nome do

Antônio

Transferido

Antônia Clémis Pereira Façanha

Escritura Autorizada

ONEFAX (0800) 300000

Complementares



- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Residência |
| ☐ | Em observação |
| ☐ | Encaminhado ao Ambulatório |
| ☐ | Óbito às _____ horas após chegada na Unidade |
| ☐ | Óbito sem tratamento |

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

[illegible]

447354 1 EN55 9 2 EN510 447354
 447354 1 EN55 9 2 EN510 447354
 447354 1 EN55 9 2 EN510 447354
 447354 1 EN55 9 2 EN510 447354



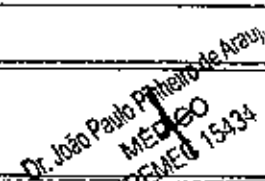
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

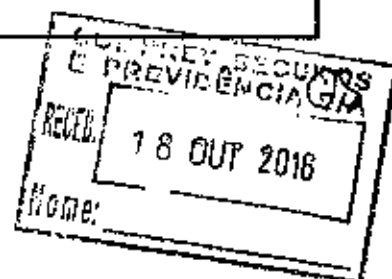
Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	MARLUCIA FERREIRA LIMA		
LEITO:	1735		
DATA DE INTERNACAO:	13 01 2016	DATA DA ALTA:	03/03/2016
BE/PRONT:	5420693	CIDADE DE ORIGEM:	MILHA
IDADE:	54		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE CLAVICULA ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE ESCAPULA ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE DR. RENATO FONTENELLE EM 2 SEMANAS; PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR; ORIENTAÇÕES: 1. USO DE TIPOIA 2. RETIRAR BRAÇO DA TIPOIA 4XDIA PARA MOVIMENTAR 3. RETORNO AMBULATORIAL EM 02 SEMANAS 4. TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	RENATO FONTENELE		
RESIDENTE DO LEITO:	JOAO PAULO		

Ass:  Dr. João Paulo Fontenelle MED-60 CREMEU 15434	Retornar dia: / / Hora: para Dr. Dr. Renato Fontenelle
Data: 03 / 03 / 16	Dispensa do trabalho por: 90 dias
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



No. HOSPGESTOR: 26852

LEITO: 1735

NOME: MARLUCIA FERREIRA LIMA

DATA DE INTERNACAO: 13/ 01/ 2016

DATA DA ALTA: 03/03/2016

BE/PRONT: 5420693

CIDADE DE
ORIGEM: MILHA

NASCIMENTO: 20111961

IDADE: 54

DIAGNOSTICOS:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ (AGUARDA
CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE
ESCAPULA ESQ (AGUARDA CIRURGIA
DEFINITIVA)

CONDUTAS E CUIDADOS
POS-OPERATORIOS:

RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE DR. RENATO
FONTENELLE EM 2 SEMANAS; PACIENTE
SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR;
ORIENTAÇÕES: 1. USO DE TIPOIA 2. RETIRAR
BRAÇO DA TIPOIA 4XDIA PARA MOVIMENTAR 3.
RETORNO AMBULATORIAL EM 02 SEMANAS 4.
TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

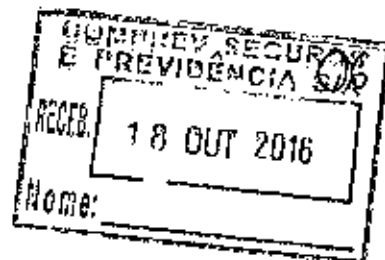
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROUNA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: RENATO FONTENELE

RESIDENTE DO LEITO: JOAO PAULO



Mapa de Cirurgias

Dias # Hora Leito Cirurgião Residente Material

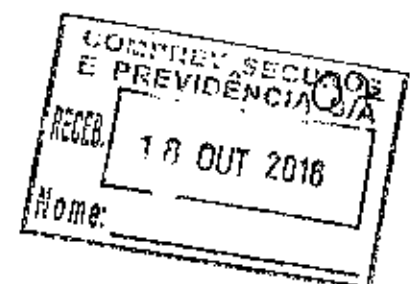
Observação

Status da
marcação

Retornar dia: / / Hora: para
Dr. Renato Fontenele

Ass.:	
Data : 03 / 03 / 18	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas



RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE
A SRA. MARLUCIA FERREIRA LIMA
ENCONTRA-SE INTERNADA NESTE HOSPITAL
DESDE O DIA 13/01/2016 SEGUNDO
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
Nº 5420693, VÍTIMA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO, ESTANDO INCAPACITADA PARA
O TRABALHO DESDE ENTÃO, POR TEMPO
INDETERMINADO E IMPOSSIBILIDADE DE
AUSENTAR-SE!

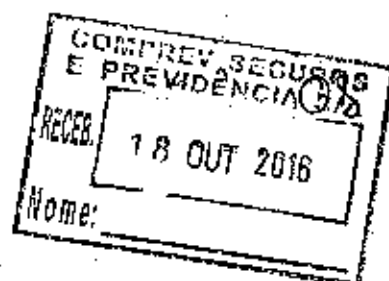
Data: 29/01/16

Dr. Cesar Mourão Mota
C. MÉDICA T. INTENSIVA
CRM 5138 - CPM 477763-SE

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IDF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/DET/06 - Via Única - Fortaleza AS (1483210).



RECEITUÁRIO

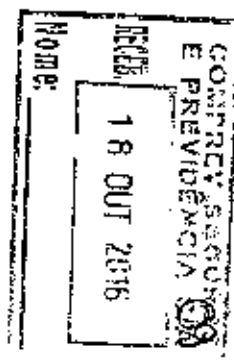
Nome: MARLUCIA FERREIRA LIMA BE/Prontuário: _____

Rx:

-USO ORAL -

1. NOVALGINA 1G1CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6H SE DOR



Data: 03/03/2016

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.002 Versão 2 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

RECEITUÁRIO

Nome: MARLUCIA FERREIRA LIMA BE/Prontuário: _____

**Marcar retorno para o ambulatório do Dr.
RENATO FONTENELE em 02 semanas.**

FALAR COM SARA-SPA

Data: 03/03/2016

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.002 Versão 2 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARLUCIA FERREIRA LIMA

Nº de inscrição
644850803-15

Data de Nascimento
20/11/61



DOCUMENTO 5 "TSN"



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido a qualquer tempo e lugar, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
MARLUCIA FERREIRA LIMA
MARLUCIA FERREIRA LIMA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **06/04/88**

CONTROLE DE EMISSÃO E PROVIDÊNCIA

RECIBO 16 OUT 2011

NOME:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

Carteira de Identidade

Nome: *MARLUCIA FERREIRA LIMA*

Foto

Assinatura

Impresão Digital

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 94030006099

DATA DE EMISSÃO: 11/12/2013

NOME: **MARLUCIA FERREIRA LIMA**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO FERREIRA DA SILVA**

NATURALIDADE: **SOLANOPOLE - CE**

DATA DE NASCIMENTO: **20/11/1961**

DOC. ORIGINAL: **CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 151 FOLHA: 184 LIVRO: B-1**

MILHA - CE

CPF: **644.850.803-15**

ASSINATURA DO DETENTOR: *MARLUCIA FERREIRA LIMA*

LEI Nº 7.118 DE 29.08.83

2 VIA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **644.850.803-15**

Nome da Pessoa Física: **MARLUCIA FERREIRA LIMA**

Data de Nascimento: **20/11/1961**

Situação Cadastral: **REGULAR**

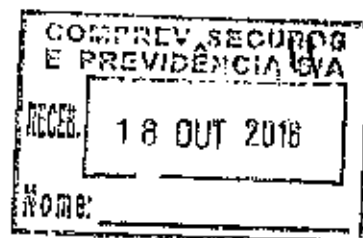
Data da Inscrição: **05/04/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:34:28** do dia **23/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **91DC.79F6.ACC3.E388**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARLUCIA FERREIRA LIMA

Nº de inscrição
644850803-15

Data de Nascimento
20/11/61



DOCUMENTO 5 "TSN"



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido a qualquer tempo e lugar, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
MARLUCIA FERREIRA LIMA
MARLUCIA FERREIRA LIMA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **06/04/88**

CONTROLE DE EMISSÃO E PROVIDÊNCIA

RECIBO 16 OUT 2011

NOME:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

Carteira de Identidade

Nome: *MARLUCIA FERREIRA LIMA*

Foto

Assinatura

Impresão Digital

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 94030006099

DATA DE EMISSÃO: 11/12/2013

NOME: **MARLUCIA FERREIRA LIMA**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO FERREIRA DA SILVA**

NATURALIDADE: **SOLANOPOLE - CE**

DATA DE NASCIMENTO: **20/11/1961**

DOC. ORIGINAL: **CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 151 FOLHA: 184 LIVRO: B-1**

MILHA - CE

CPF: **644.850.803-15**

ASSINATURA DO DETENTOR: *MARLUCIA FERREIRA LIMA*

LEI Nº 7.118 DE 29.08.83

2 VIA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **644.850.803-15**

Nome da Pessoa Física: **MARLUCIA FERREIRA LIMA**

Data de Nascimento: **20/11/1961**

Situação Cadastral: **REGULAR**

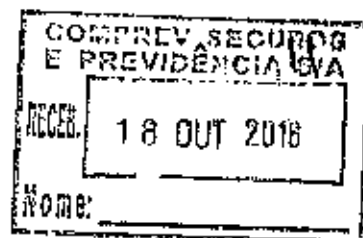
Data da Inscrição: **05/04/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:34:28** do dia **23/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **91DC.79F6.ACC3.E388**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011827267288
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD. RENAVAM 00219174459 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

MARIA FÁTIMA FERREIRA DA SILVA

MILHA /CE

93305834315 PLACA NUZ6654/CE

PLACA ANT./UP /CE 902JC30705R077595

PAS/MOTOCYCLE/NAO APL. GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

CAP./POT./CIL 2F/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
FAIXA DPVA PARCELAMENTO / COTAS
1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

MILHA LOCAL DATA 17/04/2015

Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011827267288 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 17/04/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 93305834315 PLACA NUZ6654

RENAVAM 00219174459 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2005 DATA 09 Nº CHASSI 902JC30705R077595

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)
4,15 1,11 292,01

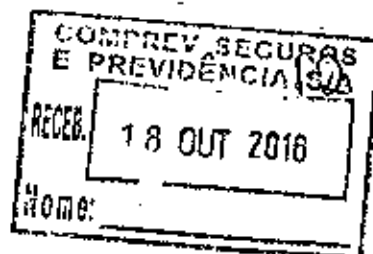
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/04/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOFDR: JC30E75077595 01261

DOCUMENTO 6 *76%*



Laudo de avaliação médica para fins de indenização e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítima do Seguro DPVAT.

Nome do(a) Examinador(a): MARILVA PEREIRA DE LIMA
Endereço do(a) Examinador(a): 5100 MARQUESE SIN. MILHA, 45
Identificação - Órgão emissor/UF/Número: SP/19403000604
Data e local do exame: 02/06/2016 D. J. MARICÉ

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).

TCE LEVE E FRATURAS DA ESCAPULA E CLAVÍCULA ESQUERDA, COM
DESVIO IMPORTANTE. ASSIMETRIA ESCAPULAR GRAVE. AMPLA MOVILIDADE
DO MSC, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSC E LIMITAÇÃO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ SIM ☐ NÃO DESVIOS MOVIMENTOS DO OMBRO
Caso seja "NÃO", favor não preencher os demais campos abaixo exceto o das observações (Item V), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ☒ SIM ☐ NÃO.

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre o quadro e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ALTA NA AMBULATÓRIA DO HOSPITAL DE MILHA E TRANSFERÊNCIA PARA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. FICOU INTERMITENTE. COM NAS GELADOS
PROCURANDO ALIVIO. ENCOMENDAS DE ALTA E EVOLUÇÃO SEM

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ SIM ☐ NÃO COMPLICAÇÃO
Existindo seqüela (s) que seja (m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informa qual(is) o descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICITÁRIA FUNCIONAL. DOMINÂNCIA DO MSC PARA AMBIDEXTRO
MOVIMENTO DO JOELHO DO MSC E LIMITAÇÃO DO OMBRO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no Item IV "a". Caso a resposta a resposta seja "Sim" valorar o dano permanente no Item IV opções "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias.

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando justificativa médica para este enquadramento no campo de observações.

() Total= "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

CRANIOLOGIA

Laudo de avaliação médica para fins de indenização e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítima do Seguro DPVAT.

Nome do(a) Examinador(a): MARILVA PEREIRA DE LIMA
Endereço do(a) Examinador(a): 5100 MARQUESE SIN. MILHA, 45
Identificação - Órgão emissor/UF/Número: SSP/PA 19403000604
Data e local do exame: 02/06/2016 D. J. MARICÉ

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).

TCE LEVE E FRATURAS DA ESCAPULA E CLAVÍCULA ESQUERDA, COM
DESVIO IMPORTANTE. ASSIMETRIA ESCAPULAR GRAVE. AMARRA MÚLTIPLO
DO MSC, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSC E LIMITAÇÃO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ SIM ☐ NÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO
Caso seja "NÃO", favor não preencher os demais campos abaixo exceto o das observações (Item V), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ☒ SIM ☐ NÃO.

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre o quadro e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ALTA NA AMBULATÓRIA DO MUNICÍPIO DE MILHA E TRANSFERÊNCIA PARA
HOSPITAL (ISS) PARA FICAR INTERNA. CONTINUA NAS GELATINAS
PROCAINATO 100MG. ENCOMP. SE DE ALTA (EVOLUI SEM

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ SIM ☐ NÃO COMPLICAÇÃO
Existindo seqüela (s) que seja (m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informa qual(is) o descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICITÁRIA FUNCIONAL DOMINANTE DO MSC PARA AMARRA
AMARRAÇÃO DO MSC E LIMITAÇÃO DO OMBRO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no Item IV "a". Caso a resposta a resposta seja "Sim" valorar o dano permanente no Item IV opções "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias.

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando justificativa médica para este enquadramento no campo de observações.

() Total= "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Assinatura do Examinador

Scanned by CamScanner

Laudo de avaliação médica para fins de indenização e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítima do Seguro DPVAT.

Nome do(a) Examinador(a): MARILVA PEREIRA DE LIMA
Endereço do(a) Examinador(a): 5100 MARQUESE SIN. MILHA, 45
Identificação - Órgão emissor/UF/Número: SSP/PA 19403000604
Data e local do exame: 02/06/2016 D. J. MARICÉ

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).

TCE LEVE E FRATURAS DA ESCAPULA E CLAVÍCULA ESQUERDA, COM
DESVIO IMPORTANTE. ASSIMETRIA ESCAPULAR GRAVE. AMARRA MÚLTIPLO
DO MSC, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSC E LIMITAÇÃO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ SIM ☐ NÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO
Caso seja "NÃO", favor não preencher os demais campos abaixo exceto o das observações (Item V), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ☒ SIM ☐ NÃO.

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre o quadro e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ALTA NA AMBULATÓRIA DO MUNICÍPIO DE MILHA E TRANSFERÊNCIA PARA
HOSPITAL (ISS) PARA FICAR INTERNA. CONTINUA NAS GELATINAS
PROCAINATO 100MG. ENCOMP. SE DE ALTA (EVOLUI SEM

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ SIM ☐ NÃO COMPLICAÇÃO
Existindo seqüela (s) que seja (m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informa qual(is) o descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICITÁRIA FUNCIONAL DOMINANTE DO MSC PARA AMARRA
AMARRAÇÃO DO MSC E LIMITAÇÃO DO OMBRO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no Item IV "a". Caso a resposta a resposta seja "Sim" valorar o dano permanente no Item IV opções "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias.

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando justificativa médica para este enquadramento no campo de observações.

() Total= "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Assinatura do Examinador

Scanned by CamScanner

Laudo de avaliação médica para fins de indenização e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítima do Seguro DPVAT.

Nome do(a) Examinador(a): MARILVA PEREIRA DE LIMA
Endereço do(a) Examinador(a): 5100 MARQUESE SIN. MILHA, 45
Identificação - Órgão emissor/UF/Número: SSP/PA 19403000604
Data e local do exame: 02/06/2016 D. J. MARICÉ

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).

TCE LEVE E FRATURAS DA ESCAPULA E CLAVÍCULA ESQUERDA, COM
DESVIO IMPORTANTE. ASSIMETRIA ESCAPULAR GRAVE. AMARRA MÚLTIPLO
DO MSC, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSC E LIMITAÇÃO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ SIM ☐ NÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO
Caso seja "NÃO", favor não preencher os demais campos abaixo exceto o das observações (Item V), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ☒ SIM ☐ NÃO.

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre o quadro e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ALTA NA AMBULATÓRIA DO MUNICÍPIO DE MILHA E TRANSFERÊNCIA PARA
HOSPITALAR (ISS) PARA FICAR INTERNA. CONTINUA NAS GELADAS
PROCURANDO ALGUMAS ENCOMENDAS DE ALTA (EVOLUÇÃO SEM

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ SIM ☐ NÃO COMPLICAÇÃO
Existindo seqüela (s) que seja (m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informa qual(is) o descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICITÁRIA FUNCIONAL DOMINANTE DO MSC PARA AMARRAÇÃO
AMARRAÇÃO DO MÚSCULO DO MSC E LIMITAÇÃO DO OMBRO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no Item IV "a". Caso a resposta a resposta seja "Sim" valorar o dano permanente no Item IV opções "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias.

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando justificativa médica para este enquadramento no campo de observações.

() Total= "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Assinatura do Examinador



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E
DOCUMENTOS – REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambraia, 319, Centro Telefone: (88) 3449 0275
CEP 63600-000, Senador Pompeu - Ceará - Brasil www.cartoriosenadorpompeu.com

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA

Oficial/Tabeliã Designada

FRANCISCA LINDETE DE SOUSA SARAIVA

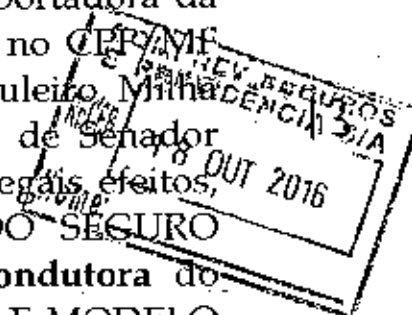
Escrevente Autorizada

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA

1º Traslado - Livro de Contratos Diversos nº 006 Fls., 110/110v

Saibam, quantos esta Pública Escritura Declaratória virem que, aos treze (13) dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, em cartório, situado na av. Francisco França Cambraia, nº 319, bairro centro, perante mim, Oficial/Tabeliã Designada, compareceu como declarante: **MARIA FATIMA FERREIRA DA SILVA**, brasileira, maior, solteira, natural de Solonópole - CE, nascida aos 27/março/1974, filha de Albertino Ferreira da Silva e Antonia Lopes da Silva, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 2439745-92 - SSP/CE e inscrita no CPF/MF sob nº 933.058.343-15, residente e domiciliada no sítio Tabuleiro, Milhã - CE. CEP - 63635-000. Ora de passagem nesta cidade de Senador Pompeu - CE. Para que surta todos os seus devidos e legais efeitos, junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, declarou o seguinte: que, é **proprietária e condutora** do veículo **HONDA/CG 125 FAN**, ANO DE FABRICAÇÃO E MODELO - 2005/2005; COR - AZUL; PLACA - NUZ6654/CE, CHASSI - 9C2JC30705R077595, e, que o dito veículo vitimou a declarante **Maria Fatima Ferreira da Silva (acima qualificada)** e a pessoa de nome **Marlucia Ferreira Lima**, brasileira, maior, casada, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 94030006099 - SSPDS/CE e inscrita no CPF nº 644.850.803-15, residente e domiciliada no sítio Tabuleiro, Milhã - CE., no dia **13/janeiro/2016**, que a mesma era condutora do veículo no momento do acidente. A pedido da declarante e conforme autorizado pelo artigo 1.723, parágrafo 1º, parte



final, do Código Civil Brasileiro, lavrei esta escritura, que feita e lida sendo lida em voz alta e clara, acharam-na conforme em todos os seus expressos termos e como está redigida, aceitara e assinara. Assim o disse e outorgou, do que dou fé. Apresentara-me os seguintes documentos que ficam arquivados em pasta própria. Cópias: Cédulas de Identidade das declarantes. Inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF. Ficam dispensadas as testemunhas instrumentárias de acordo com o art. 215, parágrafo 5º do Código Civil Brasileiro. Assinando a rogo da declarante por não ser alfabetizada, **João Paulo Pinheiro**, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 335665898-SSPDC-CE., e inscrito no CPF/MF sob nº 875.474.573-04, residente em Milhã - CE, no sítio Alto Verde, zona rural. Senador Pompeu - CE, 13 de setembro de 2016. Em testemunho da verdade as) João Paulo Pinheiro. Dilvania Maria Machado Vieira. Está conforme o original. Dou fé. Data supra. Eu, [assinatura] (Dilvania Maria Machado Vieira), Oficial/Tabeliã designada, digitei, datei e assino em pleno e raso do que uso.

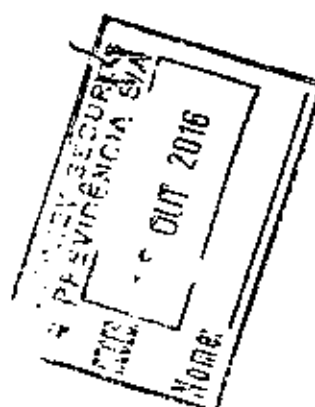
Senador Pompeu - CE, 13 de setembro de 2016.

[assinatura]
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

TRIBUTOS DE JUST. CA	
PROVIMENTO Nº DE 2010	
ENVELOPES	
Cartorio RS	54,16
Fornos RS	3,29
SELOS RS	4,23
FAC. DEP. RS	29,1
ISS RS	2,76
TOTAL R\$	67,07
Selos Nº	AL 919.963



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO:, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

Celso Gomes Pinheiro

CELSO GOMES PINHEIRO



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE

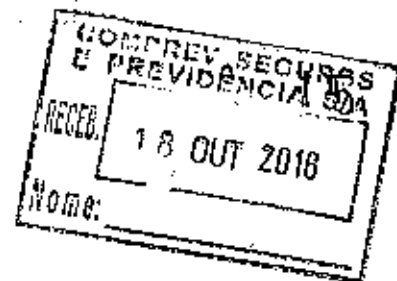
CERTIFICO O REGISTRO EM 25/08/2014

SOB Nº: 20141102624

Protocolo: 14/110262-4, CE 22/08/2014

Empresa: 23 1 0359240 5
CELSO GOMES PINHEIRO

Haroldo Fernandes Macreia
HAROLDO FERNANDES MACREIA
SECRETÁRIO-GERAL





Receita Federal

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

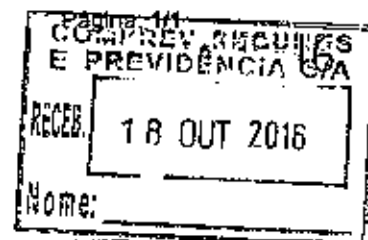
Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.906.861/0001-90	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/08/2014	
MATRIZ			
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA	NÚMERO 226	COMPLEMENTO TERREO;	
CEP 61.603-070	BARRIO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 26/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

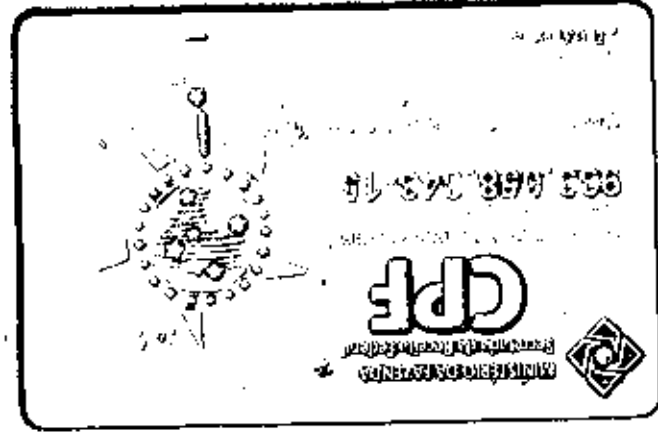
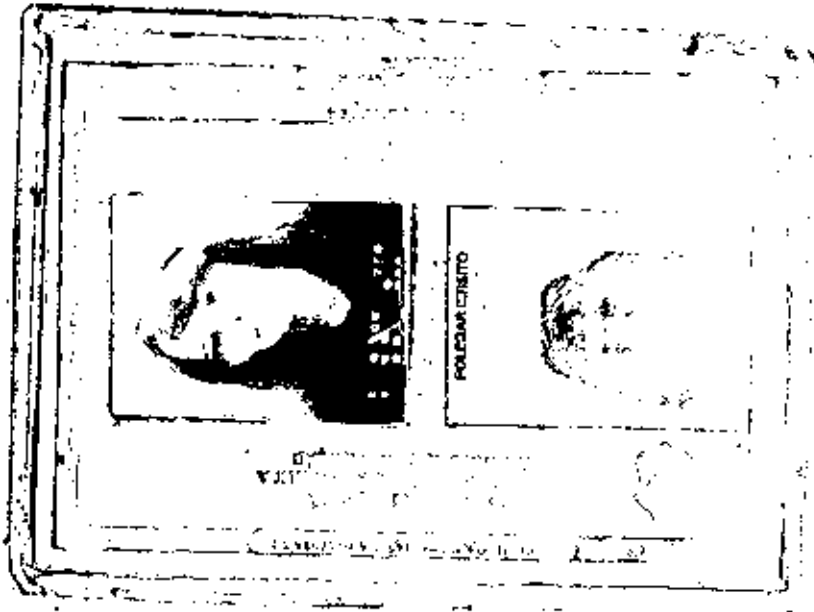
Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

[Voltar](#)

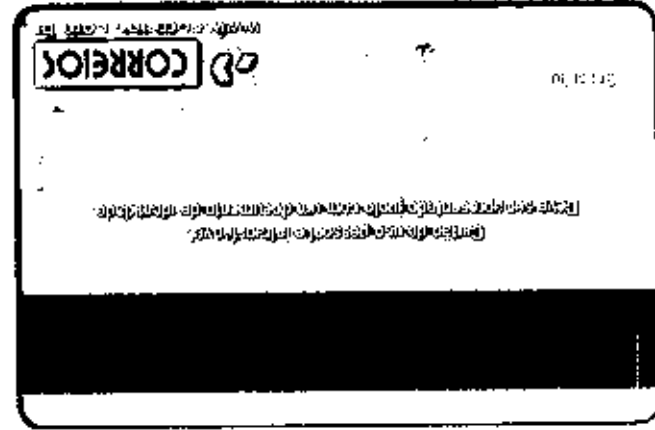
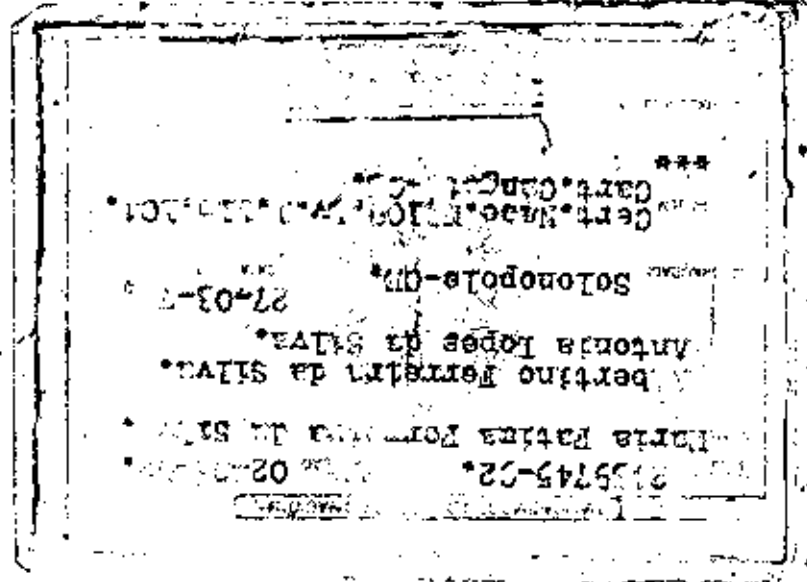
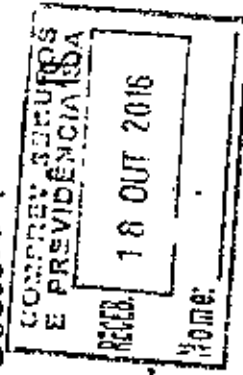
REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se não referir-se à filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo com abreviaturas) CELSON GOMES PINHEIRO			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO	
SEXO M ☒ F ☐	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL		
FILHO DE (pai) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Orgão Emissor SSP	UF CE
CPF (número) 791.649.193-15			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES			NÚMERO 184
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BAIRRO/DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496
MUNICÍPIO FORTALEZA			UF CE
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:			
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
NOME EMPRESARIAL CELSON GOMES PINHEIRO			
LOGRADOURO (rua, av, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA			NÚMERO 228
COMPLEMENTO TERREO: TERREO:		BAIRRO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61603070
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Físico) Atividade principal 8219999 Atividades secundárias	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS		
COMPTECH SECRETARIA E PREVIDÊNCIA S/A RECEB. 18 OUT 2016 Nome:			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
USO DA JUNTA COMERCIAL CONSTITUÍVEL EM INSCRIÇÃO QUOTA UNICA ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO			
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/secretário/geral) CELSON GOMES PINHEIRO			
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>Celson Gomes Pinheiro</i>		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE. JOSE KLEBER NASCIMENTO <i>25/08/14</i>	AUTENTICAÇÃO  JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 CELSON GOMES PINHEIRO HAROLD FERNANDES MOREIRA SECRETÁRIO-GERAL		



proprietária do veículo





CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E
DOCUMENTOS – REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃO

Av. Francisco França Cambraia, 319, Centro Telefone: (88) 3449 0275
CEP 63600-000, Senador Pompeu - Ceará - Brasil www.cartoriosenadorpompeu.com

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA

Oficial/Tabeliã Designada

FRANCISCA LINDETE DE SOUSA SARAIVA

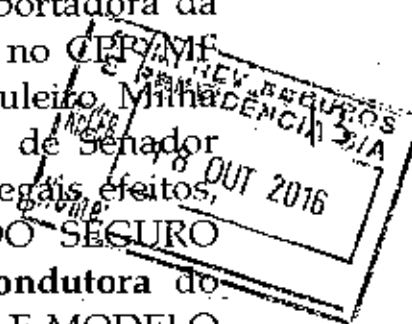
Escrevente Autorizada

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA

1º Traslado - Livro de Contratos Diversos nº 006 Fls., 110/110v

Saibam, quantos esta Pública Escritura Declaratória virem que, aos treze (13) dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, em cartório, situado na av. Francisco França Cambraia, nº 319, bairro centro, perante mim, Oficial/Tabeliã Designada, compareceu como declarante: **MARIA FATIMA FERREIRA DA SILVA**, brasileira, maior, solteira, natural de Solonópole - CE, nascida aos 27/março/1974, filha de Albertino Ferreira da Silva e Antonia Lopes da Silva, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 2439745-92 - SSP/CE e inscrita no CPF/MF sob nº 933.058.343-15, residente e domiciliada no sítio Tabuleiro, Milhã - CE. CEP - 63635-000. Ora de passagem nesta cidade de Senador Pompeu - CE. Para que surta todos os seus devidos e legais efeitos, junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, declarou o seguinte: que, é **proprietária e condutora** do veículo **HONDA/CG 125 FAN**, ANO DE FABRICAÇÃO E MODELO - 2005/2005; COR - AZUL; PLACA - NUZ6654/CE, CHASSI - 9C2JC30705R077595, e, que o dito veículo vitimou a declarante **Maria Fatima Ferreira da Silva (acima qualificada)** e a pessoa de nome **Marlucia Ferreira Lima**, brasileira, maior, casada, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 94030006099 - SSPDS/CE e inscrita no CPF nº 644.850.803-15, residente e domiciliada no sítio Tabuleiro, Milhã - CE., no dia **13/janeiro/2016**, que a mesma era condutora do veículo no momento do acidente. A pedido da declarante e conforme autorizado pelo artigo 1.723, parágrafo 1º, parte



final, do Código Civil Brasileiro, lavrei esta escritura, que feita e lida sendo lida em voz alta e clara, acharam-na conforme em todos os seus expressos termos e como está redigida, aceitara e assinara. Assim o disse e outorgou, do que dou fé. Apresentara-me os seguintes documentos que ficam arquivados em pasta própria. Cópias: Cédulas de Identidade das declarantes. Inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF. Ficam dispensadas as testemunhas instrumentárias de acordo com o art. 215, parágrafo 5º do Código Civil Brasileiro. Assinando a rogo da declarante por não ser alfabetizada, **João Paulo Pinheiro**, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 335665898-SSPDC-CE., e inscrito no CPF/MF sob nº 875.474.573-04, residente em Milhã - CE, no sítio Alto Verde, zona rural. Senador Pompeu - CE, 13 de setembro de 2016. Em testemunho da verdade as) João Paulo Pinheiro. Dilvania Maria Machado Vieira. Está conforme o original. Dou fé. Data supra. Eu, [assinatura] (Dilvania Maria Machado Vieira), Oficial/Tabeliã designada, digitei, datei e assino em pleno e raso do que uso.

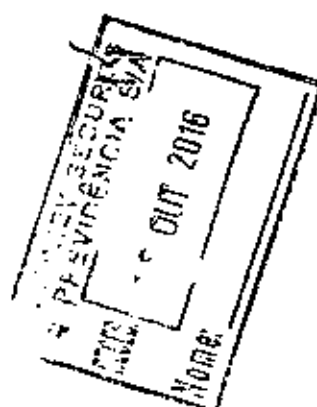
Senador Pompeu - CE, 13 de setembro de 2016.

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

TRIBUTOS DE JUST. CA	
PROVIMENTO Nº DE 2010	
ENVELOPES	
Cartorio RS	54,16
Fornos RS	3,29
SELOS RS	4,23
FAC. DEP. RS	29,1
ISS RS	2,76
TOTAL R\$	67,07
Selos Nº	AL 919.963



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO:, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

Celso Gomes Pinheiro

CELSO GOMES PINHEIRO



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE

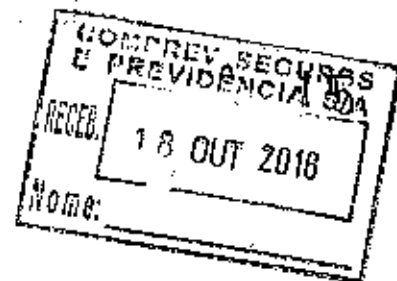
CERTIFICO O REGISTRO EM 25/08/2014

SOB Nº: 20141102624

Protocolo: 14/110262-4, CE 22/08/2014

Empresa: 23 1 0359240 5
CELSO GOMES PINHEIRO

Haroldo Fernandes Macreia
HAROLDO FERNANDES MACREIA
SECRETÁRIO-GERAL





Receita Federal

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

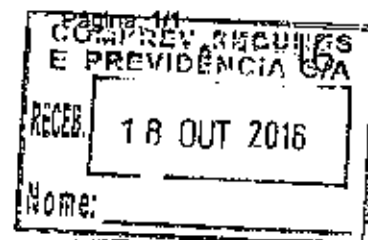
Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.906.861/0001-90	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/08/2014	
MATRIZ			
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA	NÚMERO 226	COMPLEMENTO TERREO;	
CEP 61.603-070	BARRIO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 26/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

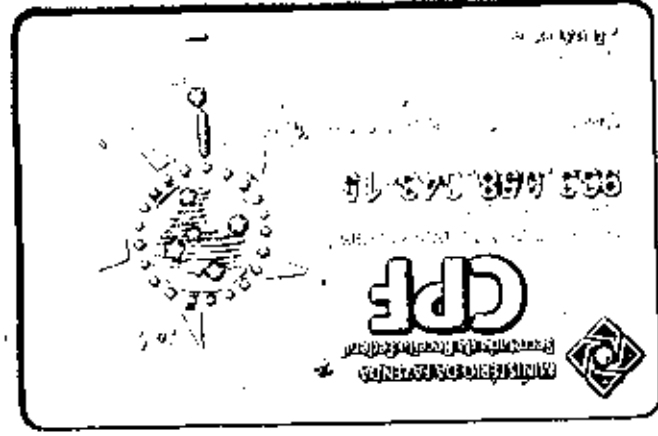
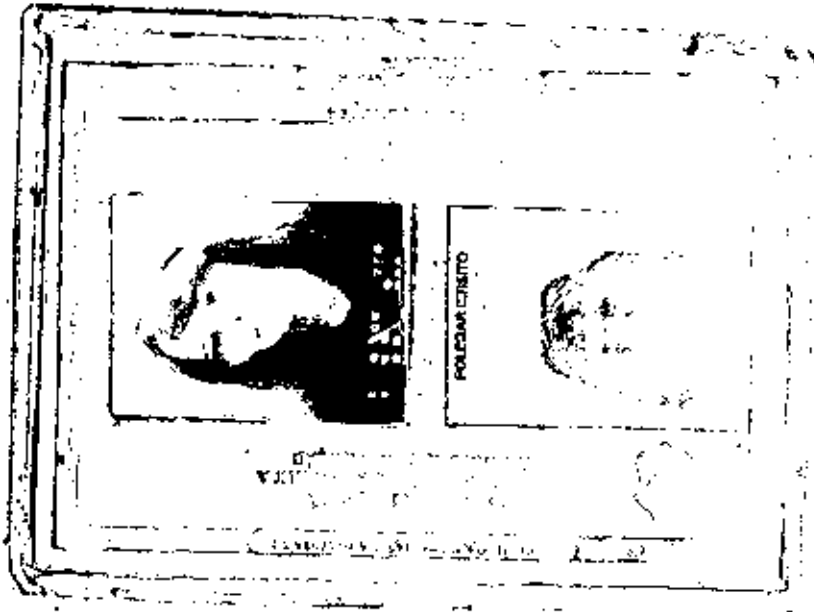
Voltar



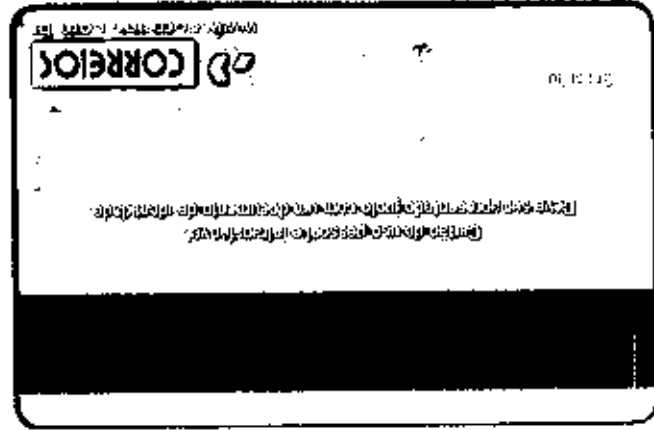
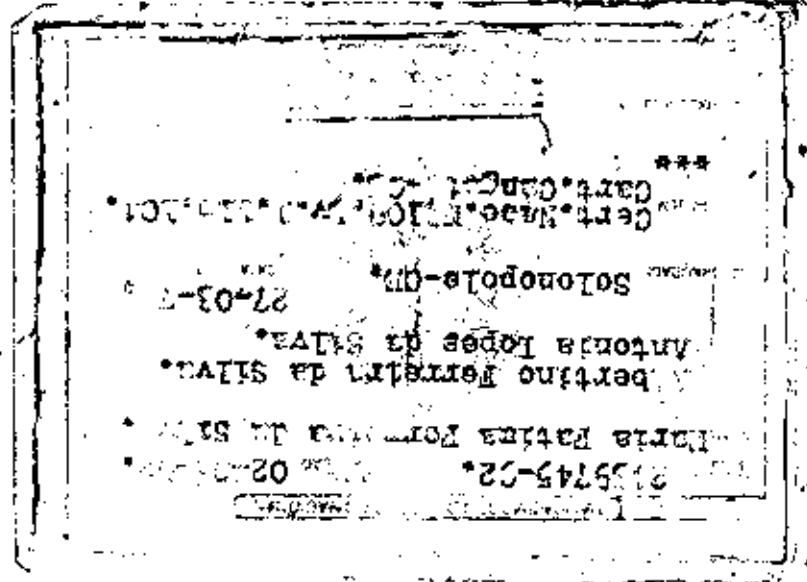
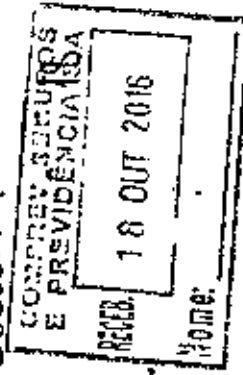
REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se não referir-se à filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo com abreviaturas) CELSON GOMES PINHEIRO			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO	
SEXO M ☒ F ☐	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL		
FILHO DE (pai) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Orgão Emissor SSP	UF CE
CPF (número) 791.649.193-15			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES			NÚMERO 184
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BAIRRO/DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496
MUNICÍPIO FORTALEZA			UF CE
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresarial, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:			
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO 080	DESCRIÇÃO DO EVENTO
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
NOME EMPRESARIAL CELSON GOMES PINHEIRO			
LOGRADOURO (rua, av, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA			NÚMERO 228
COMPLEMENTO TERREO: TERREO:		BAIRRO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61603070
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Físico) 8219999 atividade secundária	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS		
COMPTECH SECRETARIA E PREVIDÊNCIA S/A RECEB. 18 OUT 2016 Nome:			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
USO DA JUNTA COMERCIAL 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐			
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/secretário/geral) CELSON GOMES PINHEIRO			
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>Celson Gomes Pinheiro</i>		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE. JOSE KLEBER NASCIMENTO 25/08/14	AUTENTICAÇÃO JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICADO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 CELSON GOMES PINHEIRO HAROLD FERNANDES MOREIRA SECRETÁRIO-GERAL		



proprietária do veículo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160638596 **Cidade:** Milhã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLUCIA FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 13/01/2016 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCÁPULA ESQUERDA E TRAUMA DE OLHO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160638596

Cidade: Milhã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARLUCIA FERREIRA LIMA

Data do acidente: 13/01/2016

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE + Fratura escapular e clavícula esquerda

Descrição do exame médico pericial: MSE - Desvio importante com assimetria escapular grave + atrofia muscular + diminuição da força e limitação da ADM

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico + imobilização + fisioterapia

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Manducia Ferreira Lima
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
 Profissão: Agricultora
 Identidade: 9403000-0099 CPF: 644.850.803-35
 Endereço: Sítio Tabuleiro, 164
 Bairro: Zona Rural
 Cidade: Alfama CEP: 63.635-000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Manducia Ferreira Lima

Local e data:

San Pompeu CE, 05 de Maio

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA

RECEB. 18 OUT 2016

Nome:

de 2-0-16

Manducia Ferreira Lima
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



RECONHECO FIRMA Manducia Ferreira Lima
Assinatura do Outorgado (Procurador)

1º OFÍCIO
O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu, 05 de 2016
Em testemunha da Verdade

DIVYANA MARIA MACHADO VIEIRA
Título Interina

Fca. Lindete de Sousa Seneiro
Emprego Autônomo