

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame

físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4º E 5º DEDO DO PÉ DIREITO. POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4º E 5º DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75%.

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 25 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 15 % | 7,5% | R\$ 1.012,50 |
| Total | | | 7,5 % | R\$ 1.012,50 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

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 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: 02/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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 |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau leve - 25 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 2,5 % | R\$ 337,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade Goda
11 - Bairro: Pref. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 herdeiros (vivos)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 293 do Código Penal.

31

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alexsandro de Sousa Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000530
Nome do(a) Examinado(a): Alexsandro de Sousa Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cedro 101, S/N Bl 01 Ap 04 Cidade Jd 1
Pref Jose Walter Fortaleza CE CEP: 60766-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2229868
Data local do acidente: [21/09/2019]
Data local do exame: [02/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 21/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela): 3º DEDO DO PÉ - Lado Direito % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela): 5º DEDO DO PÉ - Lado Direito % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela): 4º DEDO DO PÉ - Lado Direito % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

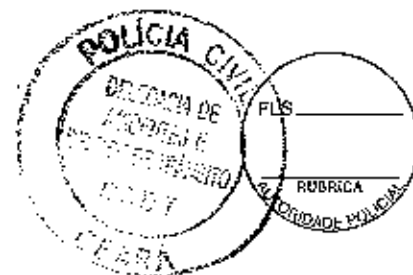
Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019920495



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
 Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
 Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35002R031869 Renavam: **780175522** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
 Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.//////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB, PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

Del. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade JdA
11 - Bairro: Pref. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM 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 (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 irmão(s) vivo(s)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provaram 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 293 do Código Penal.

31

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alexsandro de Sousa Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

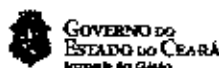
CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 78B2C5A1645D3532



2º Via
Nº de Inscrição:
0010494308

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
End. Entrega: RUA CEDRO - CHADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID. JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER
Cidade: FORTALEZA CEP: 60.740-022
End. Entrega: CEP:
Local: 001 Setor: 059 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residência: 001 | Comércio: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Voltagem | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|----------|----------------------|
| ÁGUA | A13L765292 | 416 | 425 | 9 | 10 |

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 | Enchimento: 03/12/2019 | Leitura Anterior: 04/12/2019 | Primeira Leitura: 02/01/2020
Linha Água: 1584135 | Linha Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

| Nº de Análises | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Indigênas | 526 | 526 | 125 | 526 | 526 |
| Análises | 526 | 527 | 526 | 526 | 526 |
| Em conformidade | 527 | 526 | 518 | 516 | 526 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 5 m³ | META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME | | |
|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| Valor (R\$) | Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| 28,30 | OUT/2019 | 11 | 8 |
| 22,64 | | | |
| 0,52 | | | |
| 24,94 | | | |
| 0,06 | | | |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSIDIO | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|----------|-------------|
|-----------|-------------|----------|-------------|

MÊS/ANO
12/2019

VENCIMENTO
16/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
28,87

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parcela 1 - 12/12/2019
Parcela 2 - 13/12/2019
Parcela 3 - 14/12/2019
Parcela 4 - 15/12/2019
Parcela 5 - 16/12/2019
Parcela 6 - 17/12/2019
Parcela 7 - 18/12/2019
Parcela 8 - 19/12/2019
Parcela 9 - 20/12/2019
Parcela 10 - 21/12/2019
Parcela 11 - 22/12/2019
Parcela 12 - 23/12/2019
Parcela 13 - 24/12/2019
Parcela 14 - 25/12/2019
Parcela 15 - 26/12/2019
Parcela 16 - 27/12/2019
Parcela 17 - 28/12/2019
Parcela 18 - 29/12/2019
Parcela 19 - 30/12/2019
Parcela 20 - 31/12/2019



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na centralidade Cagece: 9101.1913, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site do ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



Fatura Mensal
Valor devido em reais

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0010494308 Código de Responsável: Mês/Ano: 12/2019
Local: 001 Setor: 59 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:
Cidade: FORTALEZA Vencimento: 16/12/2019 Total (R\$): 28,87

8267000000-1 26570009600-0 01049430800-9 02000131025-7

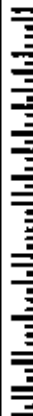


EMISSION: LOJA CONJUNTO JOSE WALTER 03/12/2019 16:00:08



Fatura Mensal

Prof. Luciano Veloso Gonçalves, VCCP – Rua Urubatan – 814 | Ribeirão Preto | SP | 13061-900
 E-mail: veloso@vccp.org.br | Telefone: (16) 3333-1111 | Celular: (16) 9960-8000



EDD, ROSE WALTER DE
JUAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
761-445 FORTALEZA

Para falar com a Capote, você ligue 0800 275 0185, ou, se preferir, collecao@lume.com.br ou nos der atendimento, entre 9h às 17h.

| | | | | | | | |
|-----------|-------|--------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|
| Inscrição | Local | Sector | Quadrante | Lote | Complemento | Responsável | Sequência |
| 10729003 | 001 | 055 | 390 | 0167 | 0000 | 99999 | 000221 |

| ECONOMÍAS | | | | SITUACIÓN | | |
|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|------|---------|
| | Residencial | Comercial | Industrial | Públicas | Agua | Explota |
| 001 | 000 | 000 | 000 | 000 | | |

Qualidade do Ar e Qualidade da Água (Resolução do Conselho de Ministros de 2014/17 do Ministério da Saúde)

Compare o resultado da qualidade da água distribuída diários nesta futura com os dados estabelecidos pela Portaria 2816/77 do Ministério da Saúde.

| Parámetro | Yumbles (µM) | pH | Cor. (µM) | Cloro (mg/L) | CT (%) | CTT/CL Con |
|--------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|--------|------------|
| Potencial de Redox | 6.0 | 8.2 a 8.6 | 1.5 | Min. 0.2 | - | Agente |

4. Sættemåte: *Quis sceleris in ipso malis moribus?* 'In the darkness of the person, can anything manifest itself?'
Nihilne eius animi, mentis de ipso? Nihilne? 'Nothing of his mind, nothing of his soul? Nothing?'
Nihilne eius animi, mentis de ipso? Nihilne? 'Nothing of his mind, nothing of his soul? Nothing?'
Nihilne eius animi, mentis de ipso? Nihilne? 'Nothing of his mind, nothing of his soul? Nothing?'

Conheço os Parâmetros

1. **අනුමැතිය:** මහජන සභාවේ සාමාජිකයන්ගේ සහභාගීත්වයෙන් සම්මත කර ගන්නා නියෝගයකි.

ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਕਰਾਵਾਂ

Co: Omani pavalid: 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 86

Cloro: Producto químico utilizado para eliminar bacterias.

Coliformes Totais (CT): Isolados em 18/12/2016 para análise com

Coliforms: Termolactobacterium / E. Coli (CTT/E.COM); Indu:

உணர்வுகள் அறிமுகம் (Introduction).

Ente condominios, a seguir estão informações em local

OBSERVAÇÃO: Detecção anormal, medidas corretivas[illegible]

Em Resolução 02, Art. 4º §1.º - ACFCH;

Agencia Reguladora de Fortalezas: ACFRE: DNO 295 11

उत्तराखण्ड : जम्मू काश्मीर

2017年12月27日

CALL FOR INFO: 800.445.2222

Atualize seu CPF, procure uma das nossas Lojas de Atendimento ou ligue para 0800-000000 para mais informações.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

10

Table 1. Demographic characteristics of study population

☐ **1^{re} MAJORY, NAD O LOCA LIZACI**

☐ Please use us as a reference

POSTAL INFORMATION

RECUSEU-SE A RECEBER

10

References

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO BATISTA DE LIMA NETO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671604173, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alexsandro de S. BARBOSA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803, 43
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro de S. Barbosa
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803, 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>R. Diamante</u> | Número: <u>27</u> | Complemento: <u>Edifício Jurel</u> |
| Bairro: <u>Marquês</u> | Cidade: <u>Fortaleza</u> | CEP: <u>60761445</u> |
| E-mail: <u>atendimento.lima@seguros@Gmail.com</u> | Tel. (DDD): <u>85/98809486</u> | |

Local e Data: Fortaleza 28/12/19
João Batista Lima Neto
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| NOME DO PACIENTE ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA | | DADOS PESSOAIS | | Nº DO PRONTUÁRIO 5161297 | | Nº DO BC 372115 | |
| CASSUS | | NASCIMENTO 07/06/1998 (21 ANOS) | | SEXO M | | RACIA/COR PARDO | |
| DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343 | | ENDEREÇO RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMÍNIO 01 JOSÉ WALTER | | NOME DA MÃE MARIA DAS GRACAS DE SOUSA | | | |
| NOME RESPONSÁVEL NI | | CONTATO | | | | | |
| MUNICÍPIO FORTALEZA | | UF CE | | | | | |
| CEP 60.748-030 | | | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDÓRIO DO ACIDENTE | | OCORRÊNCIA | | | | | |
| QUEIXA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. | | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | LIXINGO AVILIAÇÃO TRAUMATOLOGICA | | | |
| SINTOMAS FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO | | | | ESCALA DE DOR 88 (ADULTO) | | | |
| PESO NI KG | | SINAIS VITAIS | | SAT O2 NI% | | PULSO NI | |
| TEMPERATURA NI °C | | ALTERAÇÕES NEGA | | | | GLUCEMIA NI | |
| CLASSIFICAÇÃO VERMELHO | | RESPONSÁVEL PELAS CLASSIFICAÇÕES DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE | | | | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/09/2019 04:05:48 | |
| ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA | | ÁREA DE ATENDIMENTO | | | | | |
| ANAMNESE | | ATENDIMENTO MÉDICO | | | | | |
| HISTÓRICO | | EXAME FÍSICO | | | | | |
| SINAIS OBSERVADOS <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| MÉDICAMENTO | | APRAZAMENTO | | | | OBSERVAÇÕES | |
| TIPAGEM SANGÜÍNEA | | | | | | | |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA | | | | | | | |
| ALTA/SAÍDA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS | | | | | | | |
| DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL. | | | | | | | |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO | | | | | | | |
| | | | | | | | |

impresso por deliana barbosa ferreira costa em 21/08/2019 04:05:40

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03 12 19

Delany

Identificação do Estabelecimento da origem

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana de Lima Barreto

6 - H*PONTUAÇÃO

7 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

8 - DATA DO NASCIMENTO

27/06/1998

9 - SEXO

Feminino ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

11 - TELEFONE DE LA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNIC

15 - UF

16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente, 27 anos, vítima de acidente de trânsito com Fx. Exposta do pé direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurotrauma de membros

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS E EXAMES REALIZADOS)

Rx + Ex físico

20 - HISTÓRICO CLÍNICO

Ex. Exposto P. (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

S92.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Desmembre de membros (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (HABILITADO)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

Yvone Maria Albuquerque

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/06/1998

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CATEGORIA SEGURADORA

34 - Nº BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CATEGORIA EMPRESA

41 - CIDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREENHADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ OUTRO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - CID DO AGENTE ENTEADOR

45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - DOCUMENTO

☐ CIB

☐ CIP

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

52 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

55 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

56 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

57 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

58 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

59 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

60 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

03/12/98

Delm...

| | | | |
|---|--------------|---------------------------|-------|
| PACIENTE | | Alexandre de Souza Junior | |
| DATA OPERAÇÃO | 28 / 09 / 19 | GRUPO SANG. / RH | LEITO |
| 1º AUXILIAR | | 2º AUXILIAR | |
| ANESTESISTA | | TIPO DE ANESTESIA | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | |
| FX L. espal. L. (D) | | | |
| TIPO DE OPERAÇÃO | | | |
| Ligapex cirurgica + fixação 3º PDD / FK | | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO | | | |
| D. D. D. D. | | | |
| RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA | | | |
| EXAME RADICOLÓGICO NO ATÓ | | | |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO | | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DIRETA 3-0 - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- 1) Ponte de SDAH
- 2) AT-1A
- 3) Ligapex cirurgica 3-0 / 17
- 4) Observação operante de que os pontos foram bem colocados
- 5) Fixação com 3º PDD / FK
- 6) Sutura por plano
- 7) A. S. S. S.

Dr. Breno Costa
 Cirurgião Geralista
 R. 172-11-11-11

03/12/19

Delim



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jordânia Tormes Coelho, 1578 - CEP: 04.673-197 - São José - Fortaleza - CE - 61.051-1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ALVES, MONTEIRO R. S. 5002 B. B. B.

Frequência maior 10.000
justificativa: anemia m. p. (C)

Cartão FIC - FIC - Medicamento

Uma Exatidão de HODON - Medicamento

Fortaleza, 26 de 11 de 19

Leonilda Pente Queiroz
Cirurgiã do Pê e Tornozelo
CRM 944 - RQE 4538
Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Emilson Barros de Oliveira
Av. Alcaide Jorge de Aguiar, 1573 - Centro - CEP: 60130-120 - Fortaleza - CE - 31061500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alexsandre de Souza Barbosa

Paciente em recuperação de
fratura do antebraço (2) ainda
com consolidação completa. Segue
nos exames de acompanhamento
do trabalho
597.3

Gráica HUÉDO - Missaljeira

Dr. Alexandre de Aguiar - Missaljeira

Leonardo Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 de 2019.

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Fortaleza, Tororó, Ceará - CEP: 61.061-100 - Fortaleza - CE - 3135.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ARANDIO SOUZA ZAMBONI

1/ Retens 08/10/19 6h0120

7/ SANDRA AUGUSTA

15/10 6h0120

Imagem Médica - Imagem Médica

Imagem Médica - Imagem Médica

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Leonardo Pente Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538
Ass. e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838139995

NOME
ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA



DOCUMENTO / OUTROS DADOS
2229868 MT CE

CPF 616.823.603-43 DATA NASCIMENTO 07/06/1998

PAZ
PAULO BARBOSA DE
OLIVEIRA
MARIA DAS GRACAS DE
SOUSA

PROFISSÃO ACC CATEGORIA
AB

DATA DE EMISSÃO 16/11/2018 DATA DE VALIDADE 11/04/2019



PROIBIDO PLASTIFICAR
1838139995



Alexsandro de Sousa Barbosa

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 12/09/2019

Paulo Barbosa de Oliveira
MARIA DAS GRACAS DE SOUSA

03535426845
CB172394354

CEARÁ

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, 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
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP
135.46427.19-9

NOME
9980170

CPF
001-0

UF
CE

João Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR
FOLGEMOS DIREITO



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CNPJ: 01.429.235/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

EMP. MOVIMENTADO: 12047.50000

CARGO: OPERADOR DE CAMIÃO

DATA: 22/07/25

DATA ASSINATURA: 02

MÊS: Julho

ANO: 2025

ASSINATURA

EMPREGADO: 24.434.00/Quatrecent

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014059445114

DETTRAN - CE
Nº 01405944511E

| VIA | COD | RENIAVAM | ENTRAC | EXERCIZIO |
|-----|------|----------|--------------|-----------|
| 01 | 7801 | 75572 | 000000000000 | 2019 |

EMANUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO
FORTALEZA

CONSTITUTION

05894117353
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
HXB5513

PLACANT/UF
SCN 135002801853

[illegible]

2002-2001
HONOLULU, HAWAII 96813-2599
2002-2001

| | | |
|--------------|--------|-------|
| 2E/24CV/249C | PARTIC | PRITA |
|--------------|--------|-------|

| | | | |
|---|-----------|-------------------|----------------|
| 1 | COIAUNICA | VENI, GIOIA UNICA | 1 ^a |
| 2 | COIAUNICA | VENI, GIOIA UNICA | 2 ^a |

| | | | | | |
|---|---|--------------|--------------------------|-----|----------------------------|
| | V | PANAL EPIVA. | PARCELAMENTO TOXICOLOGIA | NAC | INCIDENCIA DE PARCELAMENTO |
| A | | | | 3° | |

| PREMIO TRAM. ACH. (R\$) | DAF (R\$) | PREMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
|-------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| 180.65 | 0.70 | 181.35 | 03/10/2011 |

[illegible]

甘肅通志卷之六十五

FORTALEZA

CE Nº 014059445114 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

2018

#006112503

HYR5513

ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO PRIVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.securalider.com.br

SAC DEPTA 7801 022-1204

44875180235

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

CONFIDENTIAL

[illegible]

790175522 HUNTER, J. E. JR. - NO CHARGE
AND FAS - OCT INF -
-000- 00 902MR35002R031869

PREMIO TARIFARIO

| PREÇO | FMS (R\$) | DECATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
|---------|-----------|----------------|-----------------------|
| 100,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 |
| 200,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 |
| 300,00 | 30,00 | 30,00 | 30,00 |
| 400,00 | 40,00 | 40,00 | 40,00 |
| 500,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 |
| 600,00 | 60,00 | 60,00 | 60,00 |
| 700,00 | 70,00 | 70,00 | 70,00 |
| 800,00 | 80,00 | 80,00 | 80,00 |
| 900,00 | 90,00 | 90,00 | 90,00 |
| 1000,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

3-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040

SCIENCE CENTER - DART

LOTUS/DOUGLAS
MOTOR - MOTOR



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Perícia Forense do Estado do Ceará

Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

Lesão Corporal (DPVAT)

Número: 2020.0065842

Páginas: 2/2

No dia 11 de Fevereiro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de acordo com o(a) Guia de número 117/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 91331

ENVOLVIDO(S)

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

PARECER:

Periciando informa que foi vítima de ocorrência de trânsito, colisão de um carro com sua motocicleta, fato ocorrido por volta das 3h30min do dia 21/09/2019. Foi atendido, internado, e submetido a tratamento cirurgico traumatológico no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - Frotinha de Messejana. Porta Registro de Atendimento de Emergência daquele hospital, onde esta registrado: "paciente sofreu acidente de moto, evoluindo com fratura exposta do pé direito. Realizada limpeza cirurgica e fixação óssea". Ao exame físico observa-se uma cicatriz linear na região dorsal do pé, medindo oito centímetros, e na região plantar, medindo quatro centímetros. Impossibilidade de realizar flexão e extensão dos dedos do pé direito. Andar claudicante.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim

Resposta ao 2º) Perda funcional incompleta do pé direito, orçada em 25%.

11 de Fevereiro de 2020

Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho
Médico Perito Legista Matrícula 1980791-6

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA 149965



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

2020.0065842

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 301-4408/2019

Documento solicitante: Guia - 117/2020

Órgão solicitante: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço <http://idpvat.pefoc.ce.gov.br> e informe o código

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame

físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4º E 5º DEDO DO PÉ DIREITO. POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4º E 5º DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75%.

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau intenso - 25 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 15 % | 7,5% | R\$ 1.012,50 |
| Total | | | 7,5 % | R\$ 1.012,50 |

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Desempregado, residente e à Rua Pedro - Cidade Jardim, 101, Bloco 404, bairro Pre. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 04.06.1978, CPF nº 81682380343, RG nº 07035783703, Emissor Detran CE em 12.09.2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo whatsapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa

Ocorrido(s) em 21.09.2019 cobertura IPA ☒ DAMS () MORTE ().

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de polícia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

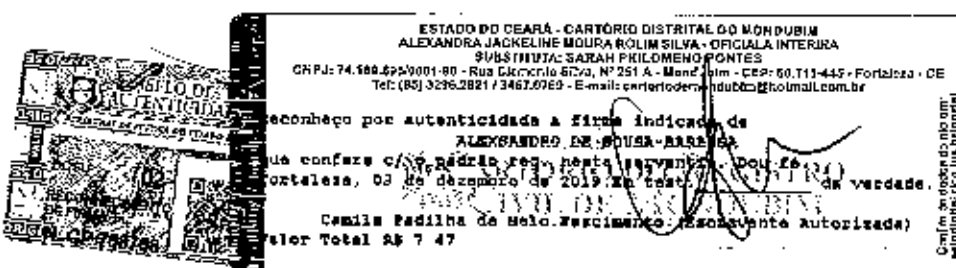
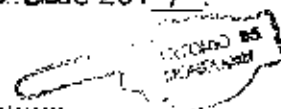
Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28 de Dezembro de 2019.

Alexandro de Sousa Barbosa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Número do Sinistro: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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 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: 17/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032

Data do acidente: 21/09/2019

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Análise: Complemento

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data: 04/03/2020 09:53:13

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

| Grupo | Código | Descrição | Pleiteado | Avaliado |
|------------------------|--------------|--|-----------|----------|
| Honorários Médicos | 1.01.01.01-2 | EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO) | 110,57 | 110,57 |
| Materiais | | | 100,00 | 100,00 |
| Medicamentos | | | 39,43 | 0,00 |
| Total da Análise Atual | | | 250,00 | 210,57 |

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

| Informações administrativas | Pleito anterior | Avaliação anterior | Pago anterior | Pleito atual | Avaliação atual | Valor à pagar |
|---|-----------------|--------------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
| Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima | 2700,00 | 2489,43 | 2489,43 | 250,00 | 210,57 | 210,57 |
| Total da Análise Atual | 2700,00 | 2489,43 | 2489,43 | 250,00 | 210,57 | 210,57 |

TOTAL PLEITEADO: 2950,00

TOTAL AVALIADO: 2700,00

TOTAL PAGO + À PAGAR: 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

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 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.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

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

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

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

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 2.489,43

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Valor: R\$ 210,57

Banco: 104

Agência: 000003466

Conta: 0000025687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 61682380343 3 - CPF da vítima: 61682380343 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa 6 - CPF: 61682380343
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Pedro (B) 01 - APO4 9 - Número: 101 10 - Complemento: Cidade Goda
11 - Bairro: Pref. José Walter Fortaleza 12 - Estado: CE 13 - CEP: 60748022
14 - Cidade: Fortaleza 15 - E-mail: atendimento.lima@seguros@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 981552525

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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SIM 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3466 CONTA: 25687 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 293 do Código Penal.

31

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

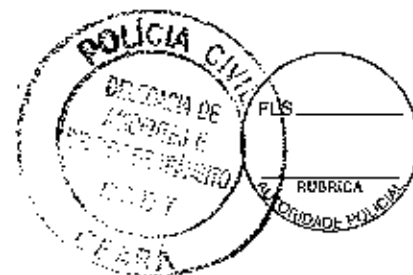
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alexsandro de Sousa Barbosa

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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019920495



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35002R031869 Renavam: **780175522** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.//////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB, PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :

Del. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 210,57

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 428051E68E7FE4EE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.489,43

*****TRANSFERIDO PARA:

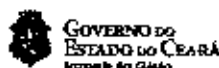
CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação F6F93F96EDBFA8D1



2º Via
Nº de Inscrição:
0010494308

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
End. Entrega: RUA CEDRO - CHADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID. JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER
Cidade: FORTALEZA CEP: 60.740-022
End. Entrega: CEP:
Local: 001 Setor: 059 Quadra: 0057 Lote: 0100 Comp: 0004
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Voltagem | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|----------|----------------------|
| ÁGUA | A13L765292 | 416 | 425 | 9 | 10 |

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 Embarque: 03/12/2019 Leitura Anterior: 04/12/2019 Primeira Leitura: 02/01/2020
Lacra Água: 1584135 Lacra Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

| Nº de Análises | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Indigênas | 526 | 526 | 125 | 526 | 526 |
| Análises | 526 | 527 | 526 | 526 | 526 |
| Em conformidade | 527 | 526 | 518 | 516 | 526 |

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 5 m³ | META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-----------------------------------|---------------------|
| ÁGUA 28,30 | M46/Ano |
| ESGOTO 22,64 | OUT/2019 |
| JUROS DE 0,033% AO DIA 1/1 0,52 | Água (m³) 11 |
| CREDITO-PAG/LANÇAMENTO 1/1 -24,94 | Esgoto (m³) 8 |
| JUROS/MULTA TARIFA 1/1 0,06 | |
| CONTINGENCIA | |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSIDIO | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|----------|-------------|
|-----------|-------------|----------|-------------|

MÊS/ANO
12/2019

VENCIMENTO
16/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
26,87

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parcela 1 - 26,87 (R\$) - 12/12/2019
Parcela 2 - 26,87 (R\$) - 01/01/2020
Parcela 3 - 26,87 (R\$) - 15/01/2020
Parcela 4 - 26,87 (R\$) - 29/01/2020
Parcela 5 - 26,87 (R\$) - 12/02/2020
Parcela 6 - 26,87 (R\$) - 26/02/2020
Parcela 7 - 26,87 (R\$) - 12/03/2020
Parcela 8 - 26,87 (R\$) - 26/03/2020
Parcela 9 - 26,87 (R\$) - 09/04/2020
Parcela 10 - 26,87 (R\$) - 23/04/2020
Parcela 11 - 26,87 (R\$) - 07/05/2020
Parcela 12 - 26,87 (R\$) - 21/05/2020
Parcela 13 - 26,87 (R\$) - 04/06/2020
Parcela 14 - 26,87 (R\$) - 18/06/2020
Parcela 15 - 26,87 (R\$) - 02/07/2020
Parcela 16 - 26,87 (R\$) - 16/07/2020
Parcela 17 - 26,87 (R\$) - 30/07/2020
Parcela 18 - 26,87 (R\$) - 13/08/2020
Parcela 19 - 26,87 (R\$) - 27/08/2020
Parcela 20 - 26,87 (R\$) - 10/09/2020
Parcela 21 - 26,87 (R\$) - 24/09/2020
Parcela 22 - 26,87 (R\$) - 08/10/2020
Parcela 23 - 26,87 (R\$) - 22/10/2020
Parcela 24 - 26,87 (R\$) - 05/11/2020
Parcela 25 - 26,87 (R\$) - 19/11/2020
Parcela 26 - 26,87 (R\$) - 03/12/2020
Parcela 27 - 26,87 (R\$) - 17/12/2020
Parcela 28 - 26,87 (R\$) - 31/12/2020
Parcela 29 - 26,87 (R\$) - 14/01/2021
Parcela 30 - 26,87 (R\$) - 28/01/2021
Parcela 31 - 26,87 (R\$) - 11/02/2021
Parcela 32 - 26,87 (R\$) - 25/02/2021
Parcela 33 - 26,87 (R\$) - 11/03/2021
Parcela 34 - 26,87 (R\$) - 25/03/2021
Parcela 35 - 26,87 (R\$) - 08/04/2021
Parcela 36 - 26,87 (R\$) - 22/04/2021
Parcela 37 - 26,87 (R\$) - 06/05/2021
Parcela 38 - 26,87 (R\$) - 20/05/2021
Parcela 39 - 26,87 (R\$) - 03/06/2021
Parcela 40 - 26,87 (R\$) - 17/06/2021
Parcela 41 - 26,87 (R\$) - 01/07/2021
Parcela 42 - 26,87 (R\$) - 15/07/2021
Parcela 43 - 26,87 (R\$) - 29/07/2021
Parcela 44 - 26,87 (R\$) - 12/08/2021
Parcela 45 - 26,87 (R\$) - 26/08/2021
Parcela 46 - 26,87 (R\$) - 09/09/2021
Parcela 47 - 26,87 (R\$) - 23/09/2021
Parcela 48 - 26,87 (R\$) - 07/10/2021
Parcela 49 - 26,87 (R\$) - 21/10/2021
Parcela 50 - 26,87 (R\$) - 04/11/2021
Parcela 51 - 26,87 (R\$) - 18/11/2021
Parcela 52 - 26,87 (R\$) - 02/12/2021
Parcela 53 - 26,87 (R\$) - 16/12/2021
Parcela 54 - 26,87 (R\$) - 30/12/2021
Parcela 55 - 26,87 (R\$) - 13/01/2022
Parcela 56 - 26,87 (R\$) - 27/01/2022
Parcela 57 - 26,87 (R\$) - 10/02/2022
Parcela 58 - 26,87 (R\$) - 24/02/2022
Parcela 59 - 26,87 (R\$) - 09/03/2022
Parcela 60 - 26,87 (R\$) - 23/03/2022
Parcela 61 - 26,87 (R\$) - 06/04/2022
Parcela 62 - 26,87 (R\$) - 20/04/2022
Parcela 63 - 26,87 (R\$) - 04/05/2022
Parcela 64 - 26,87 (R\$) - 18/05/2022
Parcela 65 - 26,87 (R\$) - 01/06/2022
Parcela 66 - 26,87 (R\$) - 15/06/2022
Parcela 67 - 26,87 (R\$) - 29/06/2022
Parcela 68 - 26,87 (R\$) - 13/07/2022
Parcela 69 - 26,87 (R\$) - 27/07/2022
Parcela 70 - 26,87 (R\$) - 10/08/2022
Parcela 71 - 26,87 (R\$) - 24/08/2022
Parcela 72 - 26,87 (R\$) - 07/09/2022
Parcela 73 - 26,87 (R\$) - 21/09/2022
Parcela 74 - 26,87 (R\$) - 05/10/2022
Parcela 75 - 26,87 (R\$) - 19/10/2022
Parcela 76 - 26,87 (R\$) - 02/11/2022
Parcela 77 - 26,87 (R\$) - 16/11/2022
Parcela 78 - 26,87 (R\$) - 30/11/2022
Parcela 79 - 26,87 (R\$) - 14/12/2022
Parcela 80 - 26,87 (R\$) - 28/12/2022
Parcela 81 - 26,87 (R\$) - 11/01/2023
Parcela 82 - 26,87 (R\$) - 25/01/2023
Parcela 83 - 26,87 (R\$) - 08/02/2023
Parcela 84 - 26,87 (R\$) - 22/02/2023
Parcela 85 - 26,87 (R\$) - 07/03/2023
Parcela 86 - 26,87 (R\$) - 21/03/2023
Parcela 87 - 26,87 (R\$) - 04/04/2023
Parcela 88 - 26,87 (R\$) - 18/04/2023
Parcela 89 - 26,87 (R\$) - 02/05/2023
Parcela 90 - 26,87 (R\$) - 16/05/2023
Parcela 91 - 26,87 (R\$) - 29/05/2023
Parcela 92 - 26,87 (R\$) - 12/06/2023
Parcela 93 - 26,87 (R\$) - 26/06/2023
Parcela 94 - 26,87 (R\$) - 10/07/2023
Parcela 95 - 26,87 (R\$) - 24/07/2023
Parcela 96 - 26,87 (R\$) - 07/08/2023
Parcela 97 - 26,87 (R\$) - 21/08/2023
Parcela 98 - 26,87 (R\$) - 04/09/2023
Parcela 99 - 26,87 (R\$) - 18/09/2023
Parcela 100 - 26,87 (R\$) - 02/10/2023
Parcela 101 - 26,87 (R\$) - 16/10/2023
Parcela 102 - 26,87 (R\$) - 29/10/2023
Parcela 103 - 26,87 (R\$) - 12/11/2023
Parcela 104 - 26,87 (R\$) - 26/11/2023
Parcela 105 - 26,87 (R\$) - 10/12/2023
Parcela 106 - 26,87 (R\$) - 24/12/2023
Parcela 107 - 26,87 (R\$) - 07/01/2024
Parcela 108 - 26,87 (R\$) - 21/01/2024
Parcela 109 - 26,87 (R\$) - 04/02/2024
Parcela 110 - 26,87 (R\$) - 18/02/2024
Parcela 111 - 26,87 (R\$) - 03/03/2024
Parcela 112 - 26,87 (R\$) - 17/03/2024
Parcela 113 - 26,87 (R\$) - 31/03/2024
Parcela 114 - 26,87 (R\$) - 14/04/2024
Parcela 115 - 26,87 (R\$) - 28/04/2024
Parcela 116 - 26,87 (R\$) - 12/05/2024
Parcela 117 - 26,87 (R\$) - 26/05/2024
Parcela 118 - 26,87 (R\$) - 09/06/2024
Parcela 119 - 26,87 (R\$) - 23/06/2024
Parcela 120 - 26,87 (R\$) - 07/07/2024
Parcela 121 - 26,87 (R\$) - 21/07/2024
Parcela 122 - 26,87 (R\$) - 04/08/2024
Parcela 123 - 26,87 (R\$) - 18/08/2024
Parcela 124 - 26,87 (R\$) - 01/09/2024
Parcela 125 - 26,87 (R\$) - 15/09/2024
Parcela 126 - 26,87 (R\$) - 29/09/2024
Parcela 127 - 26,87 (R\$) - 13/10/2024
Parcela 128 - 26,87 (R\$) - 27/10/2024
Parcela 129 - 26,87 (R\$) - 10/11/2024
Parcela 130 - 26,87 (R\$) - 24/11/2024
Parcela 131 - 26,87 (R\$) - 08/12/2024
Parcela 132 - 26,87 (R\$) - 22/12/2024
Parcela 133 - 26,87 (R\$) - 05/01/2025
Parcela 134 - 26,87 (R\$) - 19/01/2025
Parcela 135 - 26,87 (R\$) - 02/02/2025
Parcela 136 - 26,87 (R\$) - 16/02/2025
Parcela 137 - 26,87 (R\$) - 03/03/2025
Parcela 138 - 26,87 (R\$) - 17/03/2025
Parcela 139 - 26,87 (R\$) - 31/03/2025
Parcela 140 - 26,87 (R\$) - 14/04/2025
Parcela 141 - 26,87 (R\$) - 28/04/2025
Parcela 142 - 26,87 (R\$) - 12/05/2025
Parcela 143 - 26,87 (R\$) - 26/05/2025
Parcela 144 - 26,87 (R\$) - 09/06/2025
Parcela 145 - 26,87 (R\$) - 23/06/2025
Parcela 146 - 26,87 (R\$) - 07/07/2025
Parcela 147 - 26,87 (R\$) - 21/07/2025
Parcela 148 - 26,87 (R\$) - 04/08/2025
Parcela 149 - 26,87 (R\$) - 18/08/2025
Parcela 150 - 26,87 (R\$) - 01/09/2025
Parcela 151 - 26,87 (R\$) - 15/09/2025
Parcela 152 - 26,87 (R\$) - 29/09/2025
Parcela 153 - 26,87 (R\$) - 13/10/2025
Parcela 154 - 26,87 (R\$) - 27/10/2025
Parcela 155 - 26,87 (R\$) - 10/11/2025
Parcela 156 - 26,87 (R\$) - 24/11/2025
Parcela 157 - 26,87 (R\$) - 08/12/2025
Parcela 158 - 26,87 (R\$) - 22/12/2025
Parcela 159 - 26,87 (R\$) - 05/01/2026
Parcela 160 - 26,87 (R\$) - 19/01/2026
Parcela 161 - 26,87 (R\$) - 02/02/2026
Parcela 162 - 26,87 (R\$) - 16/02/2026
Parcela 163 - 26,87 (R\$) - 03/03/2026
Parcela 164 - 26,87 (R\$) - 17/03/2026
Parcela 165 - 26,87 (R\$) - 31/03/2026
Parcela 166 - 26,87 (R\$) - 14/04/2026
Parcela 167 - 26,87 (R\$) - 28/04/2026
Parcela 168 - 26,87 (R\$) - 12/05/2026
Parcela 169 - 26,87 (R\$) - 26/05/2026
Parcela 170 - 26,87 (R\$) - 09/06/2026
Parcela 171 - 26,87 (R\$) - 23/06/2026
Parcela 172 - 26,87 (R\$) - 07/07/2026
Parcela 173 - 26,87 (R\$) - 21/07/2026
Parcela 174 - 26,87 (R\$) - 04/08/2026
Parcela 175 - 26,87 (R\$) - 18/08/2026
Parcela 176 - 26,87 (R\$) - 01/09/2026
Parcela 177 - 26,87 (R\$) - 15/09/2026
Parcela 178 - 26,87 (R\$) - 29/09/2026
Parcela 179 - 26,87 (R\$) - 13/10/2026
Parcela 180 - 26,87 (R\$) - 27/10/2026
Parcela 181 - 26,87 (R\$) - 10/11/2026
Parcela 182 - 26,87 (R\$) - 24/11/2026
Parcela 183 - 26,87 (R\$) - 08/12/2026
Parcela 184 - 26,87 (R\$) - 22/12/2026
Parcela 185 - 26,87 (R\$) - 05/01/2027
Parcela 186 - 26,87 (R\$) - 19/01/2027
Parcela 187 - 26,87 (R\$) - 02/02/2027
Parcela 188 - 26,87 (R\$) - 16/02/2027
Parcela 189 - 26,87 (R\$) - 03/03/2027
Parcela 190 - 26,87 (R\$) - 17/03/2027
Parcela 191 - 26,87 (R\$) - 31/03/2027
Parcela 192 - 26,87 (R\$) - 14/04/2027
Parcela 193 - 26,87 (R\$) - 28/04/2027
Parcela 194 - 26,87 (R\$) - 12/05/2027
Parcela 195 - 26,87 (R\$) - 26/05/2027
Parcela 196 - 26,87 (R\$) - 09/06/2027
Parcela 197 - 26,87 (R\$) - 23/06/2027
Parcela 198 - 26,87 (R\$) - 07/07/2027
Parcela 199 - 26,87 (R\$) - 21/07/2027
Parcela 200 - 26,87 (R\$) - 04/08/2027
Parcela 201 - 26,87 (R\$) - 18/08/2027
Parcela 202 - 26,87 (R\$) - 01/09/2027
Parcela 203 - 26,87 (R\$) - 15/09/2027
Parcela 204 - 26,87 (R\$) - 29/09/2027
Parcela 205 - 26,87 (R\$) - 13/10/2027
Parcela 206 - 26,87 (R\$) - 27/10/2027
Parcela 207 - 26,87 (R\$) - 10/11/2027
Parcela 208 - 26,87 (R\$) - 24/11/2027
Parcela 209 - 26,87 (R\$) - 08/12/2027
Parcela 210 - 26,87 (R\$) - 22/12/2027
Parcela 211 - 26,87 (R\$) - 05/01/2028
Parcela 212 - 26,87 (R\$) - 19/01/2028
Parcela 213 - 26,87 (R\$) - 02/02/2028
Parcela 214 - 26,87 (R\$) - 16/02/2028
Parcela 215 - 26,87 (R\$) - 03/03/2028
Parcela 216 - 26,87 (R\$) - 17/03/2028
Parcela 217 - 26,87 (R\$) - 31/03/2028
Parcela 218 - 26,87 (R\$) - 14/04/2028
Parcela 219 - 26,87 (R\$) - 28/04/2028
Parcela 220 - 26,87 (R\$) - 12/05/2028
Parcela 221 - 26,87 (R\$) - 26/05/2028
Parcela 222 - 26,87 (R\$) - 09/06/2028
Parcela 223 - 26,87 (R\$) - 23/06/2028
Parcela 224 - 26,87 (R\$) - 07/07/2028
Parcela 225 - 26,87 (R\$) - 21/07/2028
Parcela 226 - 26,87 (R\$) - 04/08/2028
Parcela 227 - 26,87 (R\$) - 18/08/2028
Parcela 228 - 26,87 (R\$) - 01/09/2028
Parcela 229 - 26,87 (R\$) - 15/09/2028
Parcela 230 - 26,87 (R\$) - 29/09/2028
Parcela 231 - 26,87 (R\$) - 13/10/2028
Parcela 232 - 26,87 (R\$) - 27/10/2028
Parcela 233 - 26,87 (R\$) - 10/11/2028
Parcela 234 - 26,87 (R\$) - 24/11/2028
Parcela 235 - 26,87 (R\$) - 08/12/2028
Parcela 236 - 26,87 (R\$) - 22/12/2028
Parcela 237 - 26,87 (R\$) - 05/01/2029
Parcela 238 - 26,87 (R\$) - 19/01/2029
Parcela 239 - 26,87 (R\$) - 02/02/2029
Parcela 240 - 26,87 (R\$) - 16/02/2029
Parcela 241 - 26,87 (R\$) - 03/03/2029
Parcela 242 - 26,87 (R\$) - 17/03/2029
Parcela 243 - 26,87 (R\$) - 31/03/2029
Parcela 244 - 26,87 (R\$) - 14/04/2029
Parcela 245 - 26,87 (R\$) - 28/04/2029
Parcela 246 - 26,87 (R\$) - 12/05/2029
Parcela 247 - 26,87 (R\$) - 26/05/2029
Parcela 248 - 26,87 (R\$) - 09/06/2029
Parcela 249 - 26,87 (R\$) - 23/06/2029
Parcela 250 - 26,87 (R\$) - 07/07/2029
Parcela 251 - 26,87 (R\$) - 21/07/2029
Parcela 252 - 26,87 (R\$) - 04/08/2029
Parcela 253 - 26,87 (R\$) - 18/08/2029
Parcela 254 - 26,87 (R\$) - 01/09/2029
Parcela 255 - 26,87 (R\$) - 15/09/2029
Parcela 256 - 26,87 (R\$) - 29/09/2029
Parcela 257 - 26,87 (R\$) - 13/10/2029
Parcela 258 - 26,87 (R\$) - 27/10/2029
Parcela 259 - 26,87 (R\$) - 10/11/2029
Parcela 260 - 26,87 (R\$) - 24/11/2029
Parcela 261 - 26,87 (R\$) - 08/12/2029
Parcela 262 - 26,87 (R\$) - 22/12/2029
Parcela 263 - 26,87 (R\$) - 05/01/2030
Parcela 264 - 26,87 (R\$) - 19/01/2030
Parcela 265 - 26,87 (R\$) - 02/02/2030
Parcela 266 - 26,87 (R\$) - 16/02/2030
Parcela 267 - 26,87 (R\$) - 03/03/2030
Parcela 268 - 26,87 (R\$) - 17/03/2030
Parcela 269 - 26,87 (R\$) - 31/03/2030
Parcela 270 - 26,87 (R\$) - 14/04/2030
Parcela 271 - 26,87 (R\$) - 28/04/2030
Parcela 272 - 26,87 (R\$) - 12/05/2030
Parcela 273 - 26,87 (R\$) - 26/05/2030
Parcela 274 - 26,87 (R\$) - 09/06/2030
Parcela 275 - 26,87 (R\$) - 23/06/2030
Parcela 276 - 26,87 (R\$) - 07/07/2030
Parcela 277 - 26,87 (R\$) - 21/07/2030
Parcela 278 - 26,87 (R\$) - 04/08/2030
Parcela 279 - 26,87 (R\$) - 18/08/2030
Parcela 280 - 26,87 (R\$) - 01/09/2030
Parcela 281 - 26,87 (R\$) - 15/09/2030
Parcela 282 - 26,87 (R\$) - 29/09/2030
Parcela 283 - 26,87 (R\$) - 13/10/2030
Parcela 284 - 26,87 (R\$) - 27/10/2030
Parcela 285 - 26,87 (R\$) - 10/11/2030
Parcela 286 - 26,87 (R\$) - 24/11/2030
Parcela 287 - 26,87 (R\$) - 08/12/2030
Parcela 288 - 26,87 (R\$) - 22/12/2030
Parcela 289 - 26,87 (R\$) - 05/01/2031
Parcela 290 - 26,87 (R\$) - 19/01/2031
Parcela 291 - 26,87 (R\$) - 02/02/2031
Parcela 292 - 26,87 (R\$) - 16/02/2031
Parcela 293 - 26,87 (R\$) - 03/03/2031
Parcela 294 - 26,87 (R\$) - 17/03/2031
Parcela 295 - 26,87 (R\$) - 31/03/2031
Parcela 296 - 26,87 (R\$) - 14/04/2031
Parcela 297 - 26,87 (R\$) - 28/04/2031
Parcela 298 - 26,87 (R\$) - 12/05/2031
Parcela 299 - 26,87 (R\$) - 26/05/2031
Parcela 300 - 26,87 (R\$) - 09/06/2031
Parcela 301 - 26,87 (R\$) - 23/06/2031
Parcela 302 - 26,87 (R\$) - 07/07/2031
Parcela 303 - 26,87 (R\$) - 21/07/2031
Parcela 304 - 26,87 (R\$) - 04/08/2031
Parcela 305 - 26,87 (R\$) - 18/08/2031
Parcela 306 - 26,87 (R\$) - 01/09/2031
Parcela 307 - 26,87 (R\$) - 15/09/2031
Parcela 308 - 26,87 (R\$) - 29/09/2031
Parcela 309 - 26,87 (R\$) - 13/10/2031
Parcela 310 - 26,87 (R\$) - 27/10/2031
Parcela 311 - 26,87 (R\$) - 10/11/2031
Parcela 312 - 26,87 (R\$) - 24/11/2031
Parcela 313 - 26,87 (R\$) - 08/12/2031
Parcela 314 - 26,87 (R\$) - 22/12/2031
Parcela 315 - 26,87 (R\$) - 05/01/2032
Parcela 316 - 26,87 (R\$) - 19/01/2032
Parcela 317 - 26,87 (R\$) - 02/02/2032
Parcela 318 - 26,87 (R\$) - 16/02/2032
Parcela 319 - 26,87 (R\$) - 03/03/2032
Parcela 320 - 26,87 (R\$) - 17/03/2032
Parcela 321 - 26,87 (R\$) - 31/03/2032
Parcela 322 - 26,87 (R\$) - 14/04/2032
Parcela 323 - 26,87 (R\$) - 28/04/2032
Parcela 324 - 26,87 (R\$) - 12/05/2032
Parcela 325 - 26,87 (R\$) - 26/05/2032
Parcela 326 - 26,87 (R\$) - 09/06/2032
Parcela 327 - 26,87 (R\$) - 23/06/2032
Parcela 328 - 26,87 (R\$) - 07/07/2032
Parcela 329 - 26,87 (R\$) - 21/07/2032
Parcela 330 - 26,87 (R\$) - 04/08/2032
Parcela 331 - 26,87 (R\$) - 18/08/2032
Parcela 332 - 26,87 (R\$) - 01/09/2032
Parcela 333 - 26,87 (R\$) - 15/09/2032
Parcela 334 - 26,87 (R\$) - 29/09/2032
Parcela 335 - 26,87 (R\$) - 13/10/2032
Parcel



Fatura Mensal

Prof. Dr. Ingrid Isenhardt, Chair of Information Systems, University of Duisburg-Essen, Germany
E-mail: iseng@uni-due.de | Phone: +49 (0)205 67-18111 | Fax: +49 (0)205 67-18112 | Web: www.is.informatik.uni-due.de/



GOV. JOSE WALTER DE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27. MONDUBIM
50.761-945. FORTALEZA

Para falar com a Capoeira, você ligue 0800 275 0165, ou, se preferir, chame-nos e uma de nossas lines de atendimento, entre 8h30 e 17h00.

| | | | | | | | |
|-----------|-------|--------|--------|------|-------------|-------------|------------|
| Inscrição | Local | Sector | Quadra | Lote | Complemento | Responsável | Sequencial |
| 10726003 | 001 | 055 | 390 | 0167 | 0000 | 99999 | 000221 |

| ECONOMIAS | | | | SITUAÇÃO | |
|-------------|-----|------------|-----|----------|--------|
| | | | | Águas | Esgoto |
| Residencial | 001 | Comercial | 000 | 000 | 000 |
| | | Industrial | 000 | 000 | |
| | | Pública | | 000 | |

Quelidade do Ar (Pavimentação da Portão 29.4.17 do Ministério da Saúde)

Compare a qualidade da qualidade do água distribuída dispostos nesta tabela com os dados estabelecidos pela Portaria 2816/77 do Ministério da Saúde.

| Parámetro | Unidades (U) | pH | Corr. (U) | Cloro (mg/L) | CTT (%) | CTT/Corr |
|---------------------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|---------|----------|
| Potencial de Redox de Corriente | 6.0 | 8.0 a 8.6 | 13 | Mín. 0.2 | - | Adaptar |

*. Sattelpunkt (Selle) ist ein Punkt, an dem eine Funktion ihren Wendepunkt hat. Er ist der einzige Punkt, an dem die Funktion ihren Wendepunkt hat. Er ist der einzige Punkt, an dem die Funktion ihren Wendepunkt hat.

Ganho de Particular

Entrevista: Centro de los Asesores de la Policía con la Policía de la Ciudad de Buenos Aires.

PH: 0112220 0890 jindal & co call nicola da via di qua.

[illegible]

Cloro: Producto químico utilizado para eliminar bacterias,

Coliformes Totales (CT): indicador de contaminación

Coliforms: Termotolerant / E. Coli (CTT/E-Coli): Ind

உன்கொடுக்க அறிமுகம் (நினைவு).

Em condomínios, ainda são importantes em local

OBSERVAÇÃO: Detectados anelamentos, modulos portantes[illegible]

B Resolucao 02, Art. 4º, II, e - ACFCH)

Agencia Reguladora de Fomente: ACFRE: DNO 295 1

[illegible]

2023年12月27日 星期三 12:00:00
 2023年12月27日 星期三 12:00:00

CALL FOR INFO: 800.442.2222

Atualize seu CPE, procure uma das nossas Lojas de Atendimento e obtenha mais informações sobre o programa em www.cpe.org.br.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1

1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

☐ **1st PRIORITY MAIL LOCALIZATION**

☐ PROMOVE USUÁRIO E HABILIDADE

2.4 | **POSTERIOR PREDICTION**

RECUSSOU-SE À RECEBER

Figure 1. Schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a screen displaying a target (T) and a starting point (S). The distance between S and T is labeled as d . The subject's hand is positioned at S, and the target is at T. The subject's hand is positioned at S, and the target is at T. The subject's hand is positioned at S, and the target is at T.

11

Dr.

Dr. José Hallys Freitas

R\$

HALLYS

(85) 9664 - 4396

(85) 9912 - 6634

Obs.: _____

FISIOTERAPEUTA

hallysfreitas@hotmail.com

Recebi de

ALEXSAMUELO DE SOUSA BARBOSA

a importância de:

Dois mil e seiscentos reais

Referente a:

ATENDIMENTO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA
30 ATENDIMENTOS NO VALOR DE 90 REAIS POR ATEN-
DIMENTO

Dr. José Hallys Freitas

FISIOTERAPEUTA

CRP 6: 142481F

Assinatura

Data: 18/01/20

Dr. José Hallys Freitas

FISIOTERAPEUTA

CRP 6: 142481F

CEPROF CENTRO DE PROJ E ORT DE FORTALEZA LTDA EPP
R SOLON PINHEIRO, 402 * CENTRO
FORTALEZA - CEARA

CNPJ: 07.577.570/0001-98 IE: 06.011.179-8
06/11/2019 17:17:41 CCF:009714 COD:014176

CUPOM FISCAL

| ITEM | CODIGO | DESCRIÇÃO | QTD | UN | VL | UNIT | R\$ | ST | A/T | VL | ITEM | R\$ |
|------|---------------|------------------------|-----|-----|--------|------|-----|----|-----|----|------|-----|
| 001 | 7898274674243 | SANDALIA BARUA DESSA M | 1 | PAR | 110,00 | | | | | | | |

Subtotal R\$ 110,00

DESCONTO -10,00

TOTAL R\$ 100,00

Dinheiro 100,00

ND-5:E9D1C30FF8FF689E0789ACD5496BB0C1

IBRIGADO. VOLTE SEMPRE.

DarumaFramework - Mensagem Não Programada

DarumaFramework - Mensagem Não Programada

07 28F2D 00000 44A001 58 6C803A 45756 2ACBC FD4

ARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1

CF-IF VERSÃO:01.00.00 ECF:002 LJ:0001

06/11/2019 17:18:00

AB:DR0815BR000000478852

ARTICULAR

Clinica Médica Fisioterápica

3283.4784
8800.0778
CNPJ: 13.251.274/0001-03

RECIBO

R\$

150,00

Recebi(mos) do (a) Sr.(s) Alexsandro de Sousa

San Sosa

A quantia de R\$

cento e cinquenta reais

Referente a Uma consulta de valor 7500 +
Exames de laboratório e exames de imagem

Pelo que firmamos o presente recibo Fortaleza

CNPJ: 13.251.274/0001-03

Assinatura

ARTICULAR SERV. MEDICOS E
FISIOTERAPICOS LTDA

ARTICULAR SERV. MEDICOS E
FISIOTERAPICOS LTDA

CNPJ: 13.251.274/0001-03

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671604173/72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexsandro de S. Barbosa inscrito (a) no CPF sob o nº 616823803/43

do sinistro de DPVAT cobertura Danos da vítima Alexsandro de S. Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o nº 616823803/43 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Dismanto</u> | Número: <u>27</u> | Complemento: <u>Edifício Simeon</u> |
| Bairro: <u>Manoelina</u> | Cidade: <u>Fortaleza</u> | Estado: <u>CE</u> |
| E-mail: <u>oslendimentos.lima@seguradoralider.com.br</u> | Tel. (DDD) <u>85</u> <u>988094184</u> | |

Local e Data:

Fortaleza 22/01/2020

João Batista de Lima
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

[illegible]

impresso por delfiana barbosa ferreira costa em 21/08/2019 04:05:40

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03 12 19

Delany

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HDEBO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HDEBO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana de Lima Barreto

6 - RFPONTUAÇÃO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

27/06/1998

9 - SEXO

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA

11 - CID

12 - CID

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COLOMBIA MUNIC

16 - UF

17 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente, 27 anos, vítima de acidente de trânsito com Fx. Enfraca do pé direito.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurotrauma de membros

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (EXATOS, TC, RMN, ETC.)

Rx + Ex físico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCÁRIO

24 - CID 10 QUATRO

25 - CID 10 CINCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Desmembre de membros

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº POLÍCIA

40 - CIDR

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CIDR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREENHADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ OUTRO

AUTORIZAÇÃO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - CIDR

47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - DATA DO DOCUMENTO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

03/12/19

Gráf. HDEBO-SAM-AM-005

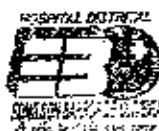
| | |
|--|--|
| PACIENTE: <u>Alexsandro de Souza Barbosa</u> | |
| DATA OPERAÇÃO: <u>28 / 09 / 19</u> | LEITO: <u>10</u> |
| 1º AUXILIAR: <u>[assinatura]</u> | 2º AUXILIAR: <u>[assinatura]</u> |
| ANESTESISTA: <u>[assinatura]</u> | TIPO DE ANESTESIA: <u>[assinatura]</u> |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FX L. espal. L. (D)</u> | |
| TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Ligapex cirurgica + fixação 3º PDD / FK</u> | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>[assinatura]</u> | |
| RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA | |
| EXAME RADICOLÓGICO NO ATÓ | |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DIRETA 3-0-00 - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- 1) Ponto de entrada da SDA no abd. inferior - Ligapex com 3-0-00
- 2) ATALA
- 3) Ligapex excisão SDA
- 4) Observação operante lesão de partes moles com partes duras
- 5) Fixação com 3-0-00 L. espal. L. 3º PDD
- 6) Sutura por plano
- 7) A SDA

Dr. Breno Costa
 Cirurgião Geralista
 R. 172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-261



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jordânia Tormes Coelho, 1578 - CEP: 04.673-197 - São José - Fortaleza - CE - 61.051.1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

ALVES, MONTEIRO R. S. 5002 B. B. B.

Ficou com dor no
joelho, entre outros

Cartão FICADO - Medicamento

Uma Exatidão do HODON - Medicamento

Fortaleza, 26 de 11 de 19

Leonilda Pente Queiroz
Cirurgiã do Pê e Tornozelo
CRM 944 - RQE 4538

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Emilson Barros de Oliveira
Av. da J. J. Costa, 1000 - Centro - CEP: 60.500-000 - Fortaleza - CE - 31061500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alexandre de Souza Barbosa

Paciente em recuperação de
fratura do antebraço (2) ainda
com consolidação completa. Segue
nos exames de acompanhamento
do trabalho
597.3

Gracia HEDDO - M. de J. J.

Dr. Alexandre de M. HEDDO - M. de J. J.

Leonardo Pente Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 de 2019.

Assinatura do Profissional



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Fortaleza, Tororó, Ceará, 15110-000 - CEP: 15110-000 - Fortaleza - CE - 3135.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Leonardo Souza Sampaio

1/ Retens 08/10/19 6h0120

7/ Sandoia Aguiar

15110 6h0120

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Fortaleza, 01 de 10 de 2019

Leonardo Sampaio Quental
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538
Ass. e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838139995

NOME
ALESSANDRO DE SOUSA BARBOSA



DOCUMENTO / OUTROS DADOS
2229868 MT CE

CPF 616.823.603-43 DATA NASCIMENTO 07/06/1998

PAZ
PAULO BARBOSA DE
OLIVEIRA
MARIA DAS GRACAS DE
SOUSA

PROFISSÃO ACC CATEGORIA
AB

DATA DE EMISSÃO 16/11/2018 DATA DE VALIDADE 11/04/2019



PROIBIDO PLASTIFICAR
1838139995



Alessandro De Sousa Barbosa

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 12/09/2019

Paulo Barbosa de Oliveira
MARIA DAS GRACAS DE SOUSA

03535426845
CB172394354

CEARÁ

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, 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
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP

135.46427.19-9

NOME

9980170

MESE

001-0

UF

CE

Jão Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

PODERAR DIREITO



17

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CNPJ: 01.429.235/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

EMP. MOVIMENTADO: PONT. SERVIÇO

CARGO: OPERADOR DE CAMIÃO

DATA: 22/07/25

DATA ASSINATURA: 02

MÊS: Julho

ANO: 2025

ASSINATURA

EMPREGADO: R\$ 139,00 / Quilômetro

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

X

Assinado por: Armando Lima Carmilha Filho

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

ASSINATURA

PAQUE MENOS

GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

X

Assinado por: Armando Lima Carmilha Filho

COP. DIPLOMA CO M

ICMS 10% INCONTA

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032

Data do acidente: 21/09/2019

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data: 04/02/2020 17:33:06

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

| Grupo | Código | Descrição | Pleiteado | Avaliado |
|------------------------|--------------|--|----------------|----------------|
| Honorários Médicos | 2.01.03.48-4 | PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO | 2700,00 | 2489,43 |
| Total da Análise Atual | | | 2700,00 | 2489,43 |

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

| Informações administrativas | Pleito anterior | Avaliação anterior | Pago anterior | Pleito atual | Avaliação atual | Valor à pagar |
|---|-----------------|--------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2700,00 | 2489,43 | 2489,43 |
| Total da Análise Atual | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2700,00 | 2489,43 | 2489,43 |

TOTAL PLEITEADO: 2700,00**TOTAL AVALIADO:** 2489,43**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2489,43

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Desempregado, residente e à Rua Pedro - Cidade Jardim, 101, Bloco 404, bairro Pre. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 04.06.1978, CPF nº 81682380343, RG nº 07035783703, Emissor Detran CE em 12.09.2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo whatsapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa

Ocorrido(s) em 21.09.2019 cobertura IPA ☒ DAMS () MORTE ().

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de polícia, hospitais, cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

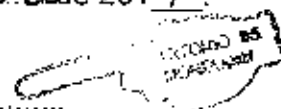
Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28 de Dezembro de 2019.

Alexandro de Sousa Barbosa



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO NONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIAL INTERIÇA
SUBSTITUTA: SARAH PILOMENO PONTES
OHPJ: 74.589.995/0001-80 - Rua Clécio de Sá, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.713-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartoriomondubim@bolmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA
na confissão c/c Pedro reg. nesta cartoria. Dou fé
Fortaleza, 03 de dezembro de 2019. Em test. de verdade.

Cemila Padilha de Melo Nascimento (Assistente Autorizada)
Valor Total R\$ 7 47

Cartório Distrital do Nondubim
Fortaleza - CE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Número do Sinistro: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

CPF: 616.823.803-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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 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.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO
CPF: 671.604.173-72

JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa