
Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604026

Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALYSSON ALBERTO SALES 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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190604026 Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Data do Acidente: 16/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

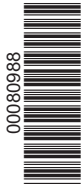
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604026

Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALYSSON ALBERTO SALES 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: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000003508

Conta: 000001082248-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604026 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR P.4,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 032.699.433-50 4 - Nome completo da vítima: Alysson Alberto Sales Barbosa

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

5 - Nome completo: Alysson Alberto Sales Barbosa 6 - CPF: 032.699.433-50
7 - Profissão: Remeiro 8 - Endereço: Rua Juracy Magalhães 9 - Número: 286 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Bairro do Centro 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60334-090
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 987852198

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 3508 CONTA: 01082248 7
(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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (a) (verificar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 23 de Outubro de 2019

Alysson Alberto Sales Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019757177



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3562 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/10/2019 15:05:48**
Data / Hora da Ocorrência: **16/03/2019 04:25:00**
Endereço da Ocorrência: **AV BEZERRA DE MENEZES , SAO GERARDO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA**
Nascimento: **16/12/1988** CPF: **032.699.433-50** UF: **CE**
RG: **2003010370930** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **SILVANA LÚCIA SALES BARBOSA**
FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA
Endereço: **RUA JURACY MAGALHÃES, 286 CJ ZENAIDE MAGALHÃES**
Bairro: **BARRA DO CEARA** CEP: **60.334-090**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98576-6077**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OII4363 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KD0560CR509351 Renavam: 462405443 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS KS Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: LOCABRAS SEGURANCA DE VALORES LTDA ME 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 OII-4363 NA AV. BEZERRA DE MENEZES QUE AO PASSAR POR UM BURACO NA VIA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA VOTO E COLIDIU CONTRA UM GELO BAIANO (BLOCO DE CONCRETO QUE SEPARA A VIA), QUE DA COLISÃO A VITIMA CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X. Alysson Alberto Sales Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 032.699.433-50 4 - Nome completo da vítima: Alysson Alberto Sales Barbosa

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

5 - Nome completo: Alysson Alberto Sales Barbosa 6 - CPF: 032.699.433-50
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Juacy Magalhães 9 - Número: 286 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Barro do Gama 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60334-090
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 989852198

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 3508 CONTA: 01082248 7
(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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a 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 23 de Outubro de 2019

Alysson Alberto Sales Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



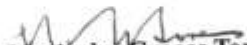
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA** portador do RG n.º 2003010370930, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 032.699.433-50, dia 16/03/2019, às 04h30, Município de Fortaleza-CE, na Avenida Bezerra de Menezes, próximo ao North Shopping, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 22 de agosto de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

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: 26/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03508

CONTA: 000001082248-7

Nr. da Autenticação EFBB62F4A33B1D26



Nº de Inscrição:

007894945

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALESSON ALBERTO SALES BARBOSA

End. Lateral: RU JURACI MAGALHES, 296, BARRA DO CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60334-090

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 044

Subsetor: 00

Quadra: 0477

Subquadra: 00

Lote: 0003

Cota: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
ÁGUA	A08F453776	252	262	10	10

DATAS

Leitura Atual: 21/08/2019

Leitura Anterior: 22/07/2019

Próxima Leitura: 21/09/2019

Leite Água: 8790434

Leite Esgoto: 16774

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cor	Turbidez	Car	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Esgoto	526	526	125	526	526
Água	538	538	538	538	538
Em conformidade	516	535	532	511	534

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
 Constatamos débito de R\$ 41,95. Caso pago, desconsiderar.
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	28.30			
ESBOTO	12.45	ago/18	10	8
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0.12	set/18	8	6
JUROS DE 0.033% AO DIA	0.52	out/18	10	8
MULTA DE 2%	0.92	nov/18	10	8
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0.07	dez/18	9	7
		jan/19	9	7
		fev/19	10	8
		mar/19	9	7
		abr/19	11	8
		mai/19	10	8
		jun/19	11	8
		jul/19	10	8

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0.40	VALOR DO SERVIÇO	75.61
COFINS	2.02	VALOR DO SUBSIDIO	33.23
		VALOR TOTAL A PAGAR	42.38

MÊS/ANO

08/2019

VENCIMENTO

10/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

42,38

ONDE ENCONTRAR SUA FATURA

I: 355673052257743 L: 0379 W: 10:41:45 R: 086 P: 001

Wenceslau Braz, 100, 1º andar, Centro, Fortaleza, Ceará, 60000-000.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua titular. Ative já este serviço. Confira sua agência.

0800 275 0195
 0800 275 0195

CAGECE
 0800 275 0195

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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACOF - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 6000 385 1919. Demais localidades: ANCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195. Ouvidoria estadual: 155. Site da ANCE: www.ance.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Agência da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

355673052257743 - 0379

Inscrição: 007894945

Código de Responsável

Mês: 08/2019

Local: 001

Setor: 044

Subsetor: 00

Quadra: 0477

Subquadra: 00

Lote: 0003

Cota: 0000

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 10/09/2019

Total (R\$):

42,38



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 16/03/2019 04:53:49	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702902541106079	NOME: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA			Registro: 5455809	
CPF: 03269943350	RG: 1660023301	D. NASC: 16/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SILVANA LUCIA SALES BARBOSA			NOME DO PAI: FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JURACY MAGALHAES		Nº: 286	BAIRRO: BARRA DO CEARA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986903248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60334090	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: JOSE MARCOS /SAMU USB 123 CONDUTOR KAIO		PARENTESCO: AMIGO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: relato de queda de moto com fratura MID sem perda de consciência					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 16/03/2019 04:53:49	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702902541106079	NOME: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA				Registro: 5455809		
CPF: 03269943350	RG: 1660023301	D. NASC: 16/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: SILVANA LUCIA SALES BARBOSA				NOME DO PAI: FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JURACY MAGALHÃES		Nº: 280	BAIRRO: BARRA DO CEARÁ			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988903245	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60334090			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOSÉ MARCOS /SAMU USB 120 CONDUTOR KAO				PARENTESCO: AMIGO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: relato de queda de moto com fratura MD sem perda de consciência							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 29865947

Data 17/03/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12700732 ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Nascimento...: 16/12/1988 Sexo: M RG.: 2003010370930 SSP -CE CPF.: 03269943350

Endereco...: R JURACY MAGALHÃES 286 BARRA DO CEARA FORTALEZA CE 60410-4 Tel.: 985770555

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 81088000139001015

Solicitante: Dr(a) FELIPE VERAS PEREIR

Queixa Principal:

FRATURA DE TIBIA

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) - DIREITO

!\\cW{B'

5764528831

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 29865947

Data 17/03/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12700732 ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Nascimento...: 16/12/1988 Sexo: M RG.: 2003010370930 SSP CE CPF.: 03269943350

Endereço...: R JURACY MAGALHÃES 286 BARRA DO CEARA FORTALEZA CE 60410-4 Tel.: 985770555

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 81088000139001015

Solicitante: Dr(a) FELIPE VERAS PEREIR

Queixa Principal:

FRATURA DE TIBIA

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) - DIREITO

!\\cW{B'

5764528831

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº 484



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA** às 16:41 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dias, a partir de 17/03/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S822

Código da Doença

Dr. Felipe Veras P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediatrica
CRM 12845 - RQE 14739

Local e Data

Assinatura do Médico

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

CRM 12845

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BFPQR39A4O0K0

03.15
cont.

SEARCHED INDEXED
SERIALS ACQUISITION
MAR 1 1964

D

C.C

D

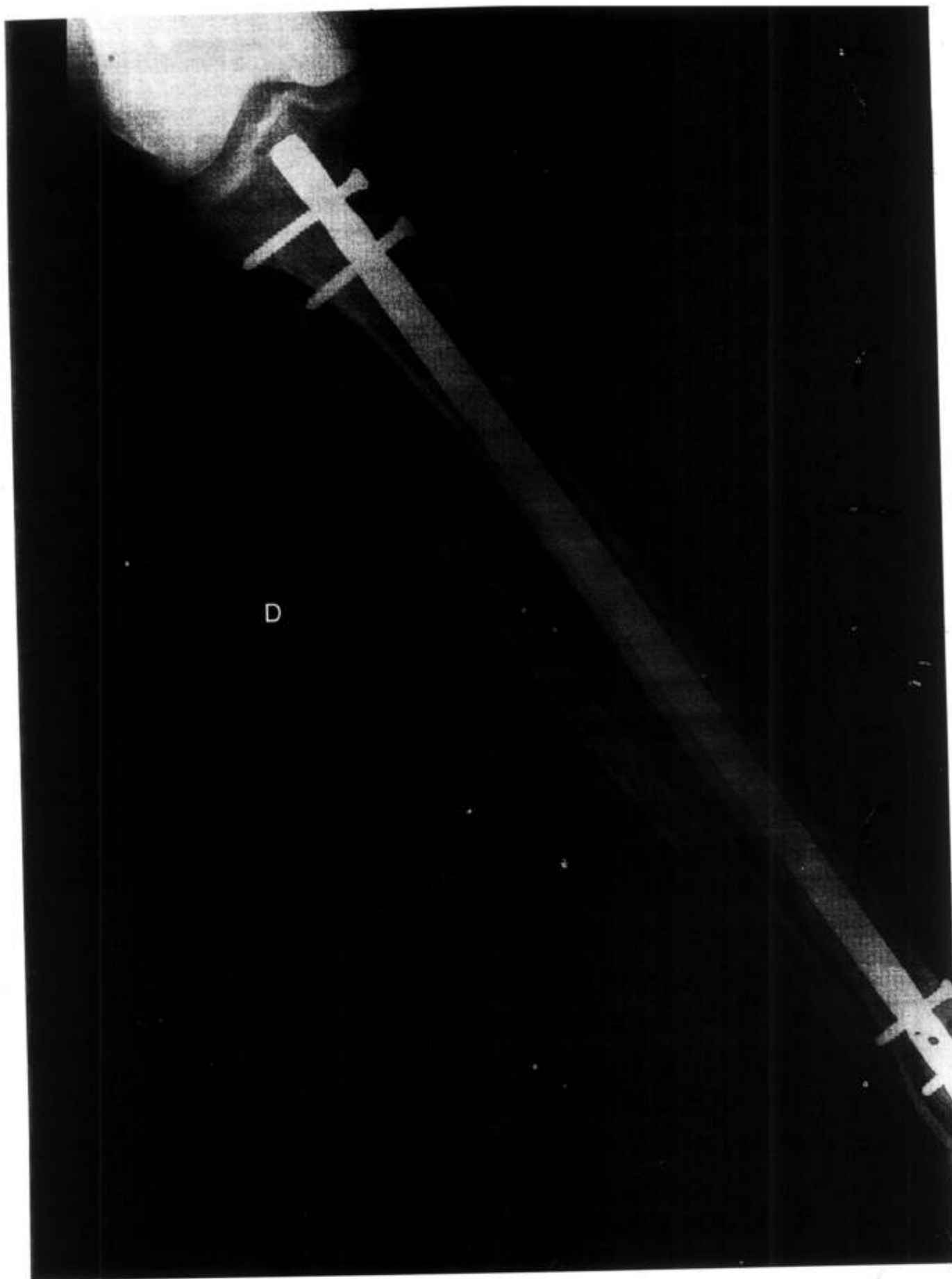


D





D









D

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFICO DE DROGAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

DOC. IDENTIFICACAO / DEPENDENCIA DE 2003010370930 SSP CE

CPF 032.698.433-50 DATA NASCIMENTO 16/12/1988

RENDA
FRANCISCO ALBERTO
FERREIRA BARBOSA
SILVANA LUCIA SALES
BARBOSA

RENDA
ACC
CICINA
AB

IP MENSUR 06087677153 07/04/2023 03/06/2024

ASSINATURAS
A :
CAR:

Alysson Alberto Sales Barbosa

DATA EMISSAO 11/09/2018

LOCAL PORTALEZA, CE

Roberto Roberto Roberto

07014543984
CE166341436

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660023301

PROBADO PLASTIFICAR
1660023301

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373155/19

Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

CPF: 032.699.433-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/03/2019

Titular do CPF: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA : 032.699.433-50

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: 25/10/2019
Nome: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA
CPF: 032.699.433-50

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604026 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR P.4,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373155/19

Vítima: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

CPF: 032.699.433-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA : 032.699.433-50

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: 25/10/2019
Nome: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA
CPF: 032.699.433-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA