

Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA
RG: 97014029939 SSP CE
CPF: 830.413.033-53
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADO
Profissão: IRENISTA
Residente: POVUADO GENIPAPEIRO, S/N ZONA RURAL
Cidade: AGUIRAZ Estado: CEARA CEP: 61.700.000
Telefone: 987587142 E-mail: _____

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionada ao **SEGURO DPVAT**, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer o presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 08 de Setembro de 2020.

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA
OUTORGANTE

Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60.160-150, Fortaleza, Ceará
TEL (85) 3047.8110/oi (85) 989334070/tim (85) 99713441
danielportoadvogado@gmail.com

Advocacia

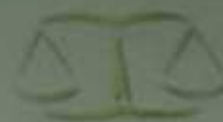
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: ANTONIO MARCOS MURCIRA DE OLIVEIRA
CPF: 830.413.032-57
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: FRETEIRISTA

Declaro para os devidos fins que minha atual condição econômica não me permite demandar juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que rogo os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 20 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza - Ce. 18 de SETEMBRO de 2020

ANTONIO MARCOS MURCIRA DE OLIVEIRA
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ANTONIO MARCOS MORTIRA DE OLIVEIRA declaro para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o Dr. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 08 de SETEMBRO 2020

ANTONIO MARCOS MORTIRA DE OLIVEIRA
DECLARANTE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

830.413.033-53

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

6 - CPF:

830.413.033-53

7 - Profissão:

PRETISTA

8 - Endereço:

POVOADO GENIPAPEIRO

9 - Número:

5

10 - Complemento:

ZONA RURAL

11 - Bairro:

GENIPAPEIRO

12 - Cidade:

AQUIRAZ

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61.700.000

15 - E-mail:

mancos1mmob@gmail.com

16 - Tel (DDD):

85-987587142

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4254

CONTA:

650

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (ainda não nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

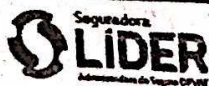
AQUIRAZ-CE 17/08/2020

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 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 05 | Central Ouidoria: 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF¹.

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

Pelo exposto, eu HERMAN SOUSA RIBEIRO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 264.648.373, 20

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 830.413.033, 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da vítima

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 830.413.033, 53

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: POLICIAL MILITAR

Renda: R\$ 3.300,00

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: POVOADO GENIPAPEIRO

Bairro: GENIPAPEIRO

Cidade: ALQUIRAZ

Número: 511

Estado: CE

Complemento: ZONA RURAL

CEP: 61.700.000

E-mail: fousahermon@yahoo.com

Tel.(DDD):

Local e Data: ALQUIRAZ - CE 17/08/2020

Herman Sousa Ribeiro
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: FRENTISTA, portador(a) do RG 97014029939, órgão expedidor SSPDS-CE
 e do CPF: 830 4130.33-53 residente no(a) POVOADO GENIPAPEIRO
 nº S/N, bairro: GENIPAPEIRO, município: AGUIRAZ I. CE

OUTORGADO:

Nome: HERMAN SOUSA RIBEIRO, brasileiro(a), estado civil: UNIÃO ESTÁVEL
 Profissão: POLICIAL MILITAR, portador(a) do RG 03042819, órgão expedidor PM-CE
 e do CPF: 264648373-20, residente no(a) POVOADO GENIPAPEIRO
 nº S/N, bairro: GENIPAPEIRO, município: AGUIRAZ I. CE CEP 61.700.000

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA CPF 830 413 033-53 data do acidente: 11/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE.
 Local e data: AGUIRAZ-CE 17/08/2020

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura TESTEMUNHAS 2ª Nome: _____ CPF: _____
	Assinatura

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA		Pront.: 5661635
Idade: 42 ano(s) 2 mes(es) e 24 dia(s)	Sexo: Masculino	
Endereço: RUA JENIPAPEIRO	Bairro: ZONA RURAL	
Num: SN	CEP: 61700-000	Cidade: AQUIRAZ
UF: CEARÁ		

Localização	
Clinica: UNIDADE 19(Cirurgia Enfermaria: 190	Leito: 1904
Admissão Emergência: 11/03/2020 10:21	
Internação 11/03/2020 22:11	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 42 ANOS, ADMITIDO NO DIA 11/03 DEVIDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM IMPACTO DE ALTA ENERGIA AO SOLO. ENCAMINHADO DO FROTINHA DE MESSEJANA. EM EMERGÊNCIA, ADMITIDO COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL E VÔMITOS, AO EXAME: MVU REDUZIDO EM BASE ESQUERDA SRA, SATO2: 98% EM AA, FC: 88BPM, EXTREMIDADES FRIAS, TEC>5SEG, DOR ABDOMINAL DIFUSA À PALPAÇÃO, DOR À PALPAÇÃO DO HTE, EDEMA E ESCORIAÇÃO EM MSE (COM PULSO PRESENTE), REALIZADA LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ACHADOS: LESÃO ESPLÊNICA GRAU IV + SEM OUTROS ACHADOS, OPTADO POR ESPLENECTOMIA TOTAL. NO 2º PO, PACIENTE EVOLUIU COM EPISÓDIO FEBRIL, FOI INTRODUIDA ATBTERAPIA COM CEFTRIAXONA. HOJE, O PACIENTE ENCONTRA-SE AFEBRIL HÁ MAIS DE 72H E ESTÁVEL. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

Exames Realizados

Terapêutica Utilizada

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Sequelae Apresentadas

FRATURA DE CLAVÍCULA + FRATURA DE COLO DA ESCAPULA, OPTADO POR CONDUTA CONSERVADORA (APÓS RESPOSTA DE PARECER DA TRAUMATO ORTOPEDIA ANEXO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE)

Diagnóstico

R100 - ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	R100	ABDOME AGUDO
Não	E106	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM OUTRAS COMPLICACOES ESPECIFICADAS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/03/2020

Observações Complementares

RETORNO PARA O AMBULATÓRIO EM 15 DIAS PARA RETIRADA DE PONTOS E REAVALIAÇÃO ORIENTAÇÕES QUANTO A VACINAÇÃO PÓS-ESPLENECTOMIA PRESCRIÇÃO DE SINTOMÁTICOS

Responsável

Médico: GABRIEL LOPES PONTE PRADO

Data: 21/03/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0407040161	Procedimento	11/03/2020 14:	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	JOSE WALTER FEITOSA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: ANTONIO MARCO MOREIRA DE OLIVEIRA		CNS: 706905117830437	PA202001063899
DATA DE NASCIMENTO: 28/12/1977	IDADE: 42 Ano(s), 2 Mes(es), 13 dia(s)	SEXO:	
MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA		OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO: AQUIRAZ	
TELEFONE CONTATO:		CPF: 83041303353	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	PROFISSIONAL:	DATA-HORA:
FR: * mmHg	SATO2: * %	PA: * mmHg
FC: * bpm	T: * °C	Dx: * mg/dl
ECG: *		DOR: *
PRIORIDADE: Não informado		

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DEVIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO. QUEIXA-SE DE DOR EM TORAX. APRESENTANDO SUDORESE FRIA E QUEDA NA SATURAÇÃO. NEGA ALERGIAS.

Alergias:				
Exames:				
Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
1	Soro Fisiológico 0,9%, 500ML Ev + . Complemento:	
2	Soro Ringer C/ Lactato, 500ML Ev + . Complemento:	
3	Dexametasona, 4Mg/ML - Ampola, Intravenosa, Dose Única, 1 Ampola. Complemento: +17,5ML SFD, 9% Ev	
4	Cetoprofeno, 100Mg - Frasco Ampola, Intravenosa, Dose Única, 1 Frasco Ampola. Complemento: +100ML SFD, 9% Ev	

Prescrito por: Eugenia Rodrigues Ferreira CRM: 20634 - 11/03/2020 07:17:39

Aquiraz, Quarta-Feira, 11 De Março De 2020
 SECRETARIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ
 HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
 CNES: 2561395
 Nº 1 423.115/0001-69

CONFERE COM O ORIGINAL
 Paulo Cesar Cipriano
 Diretor Administrativo
 HIGMAP

Dra. Eugênia Rodrigues
 MÉDICA
 CREMEC 20634
 EUGENIA RODRIGUES FERREIRA
 CRM: 20634

CONDUZA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

observação

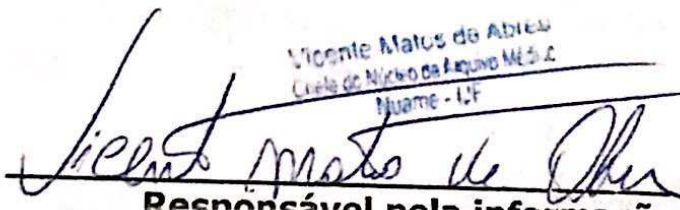
Ent. terça 7:00 Paciente trazido pelo SAMU
 com história de queda de moto
 Refere dor em tórax anterior em ambos E
 R - petua arco costal bilateral
 A - sem curvatura / mobilizando
 B - PA 110/70 FC - 130 PR - 22 / Sat 48 AA NUNCA EM RM
 C - TAx 430 PA 110/70 FC - 130 RER 27 BATE ALO
 PIRR sem diáfr
 D - Glucose 15
 HOSP GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES, Cnpj: 079116960001-57
 Rua João Paulo II, Nº 100, Centro, Aquiraz Tel: (85) 3361-1980
 E - dor em ambos E + mobilizando.
 em abdome dolor em repouso



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) **Paciente:**
ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA,
Documento Identidade Nº**97014029939,**
Prontuário Médico Nº**5661635** encontra-se
internado neste Hospital desde: **11/03/2020** leito
1904 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 16 de **MARÇO** de 2020.


Vicente Matos de Abreu
Cirurgião de Níquel da Argônio M&S 2
Buarque - UF
Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



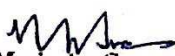
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**, portador do RG n.º 97014029939, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 830.413.033-53, dia 11/03/2020, às 08h20, Município de Aquiraz-CE, na estrada do Genipapeiro, Bairro Genipapeiro, próximo ao Mercado do Guedes, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o Hospital Municipal Manoel Assunção Pires, em seguida para o Hospital Distrital Edmilson Barreto de Oliveira e, depois, 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, 17 de julho de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (81) 3433 7434

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
97014029939 SSP CE

CNPJ DATA NASCIMENTO
830.413.033-53 28/12/1977

FILIAÇÃO
**MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
04193306115

VALIDADE
25/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
24/09/2007

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AQUIRAZ, CE

DATA EMISSÃO
10/01/2017

Idor Vascuncelos Ponte
IDOR VASCUNCELOS PONTE

**89153212626
CE156075849**

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1409327893

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409327893

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DE INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº **015383448490**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAL R.N.T.R.G. EXERCÍCIO
DIG 1 477034314 0000000000 2019

NOME
ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

AQUIRAZ /CE

CPF / CNPJ PLACA
83041303353 QIL1716/CE

PLACA ANT / UF CHASSI
*****/CE 9C2JC4120CR577724

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. **GASOLINA**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES **2012** **2012**

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/DCV/124CC **PARTIC** **VERMELHA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I ***** 1* *****
P ***** 2* *****
V ***** 3* *****
A FADA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 **0.32** **84.58** **09/08/2019**

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
AQUIRAZ **24/08/2019**

Igor Ponte
Supervisor DETRAN-CE

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

CE Nº 015383448490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

83041303353 QIL1716 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15383448490 84616661107

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 24/08/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 83041303353 QIL1716

RENAVAL MARCA / MODELO
477034314 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2012 09 9C2JC4120CR577724

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO **09/08/2019**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

MOTOR: JC41E2C577724





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
830.413.033-53

Nome
ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento
28/12/1977

Nº do Cliente: 6738337
A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
enel
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 00.100.049-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 059383298

Rota: AQ731U53 48900 Referência: 04/2020
Nome: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: PV GENIPAPEIRO, 00000 - 00000, LAGOA DE TELHA, 61700-000, AQUIRAZ
Classificação: Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária: B2 RURAL Emissão: 15/04/2020
Ligação: Monofásico Medidor: 5313891-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 15/04/2020

Anterior	Atual	Próxima prevista
14-03-2020	15-04-2020	16-05-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
BT	1.130	1.094	0,00	36	0,00	36	0,40235	65,18

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,40235
MULTA	65,18

Ítem	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICP	0,00	0,00	0,00
PIS	0,00	0,00	0,00
COT. IPI	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO: 23/04/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 66,05

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ: 830.413.034-93

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
63,74	0,00	0%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2020/03 Valor R\$43,72). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio dos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000006738337.

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 15/03 - 15/04

Nº do Cliente: 6738337 Referência: 04/2020 V: [1.0.0.10]
Data de Emissão: 15/04/2020 Total a Pagar (R\$): 66,05
Nº da Nota Fiscal: 059383298 Nº de Controle: 200009359364

8.8000000000 9 66050031200 3 00935936407 5 00006738337 8



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97014029939 07/08/2018

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 28/12/1977

COC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4314 FOLHA:77

LIVRO:8-15 AQUIRAZ - CE

CPF 830.413.033-53

ASSINATURA DO DIRETOR *Paulo Manoel de Siqueira*

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

2 VTA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
 Impresso nº 2020469598



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 990 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/08/2020 08:54:34**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/03/2020 06:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **R NA ESTRADA DO GENIPAPEIRO CEP: 61.700-000, GENIPAPEIRO - AQUIRAZ/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **28/12/1977** CPF: _____
 RG: **97014029939** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA**
MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA GENIPAPEIRO**
 Bairro: **GENIPAPEIRO**
 Município: **AQUIRAZ/CE**
 País: **BRASIL** CEP: **61.700-000**
 Telefone: _____

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE VINHA NA SUA MOTO HONDA CG 125 FAN DE PLACAS OI1716, COR VERMELHA, ANO 2012 DE CHASSI 9C2JC4120CR577724 PELA ESTRADA DO GENIPAPEIRO NESTE MUNICÍPIO E NESSA OCASIÃO VEIO A PERDER O CONTROLE DA REFERIDA VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE AQUIRAZ SENDO TRANSFERIDO PARA IJF - CENTRO ONDE FICOU HOSPITALIZADO POR CAUSA DO ACIDENTE SOFREU TEVE UMA FATURA NA CLAVÍCULA DO BRAÇO ESQUERDO, TEVE UMA FATURA NAS COSTELAS, FATURA NO COLO DA ESCAPULA. QUE AS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE FORAM AS PESSOAS DE NOME JOSE ROBERTO DE ALMEIDA JUNIOR E FRANCISCO EDSON VALENTIM DA SILVA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Consolidado em: 05/08/2020 09:24:39

Pág. 1 de 1

Impresso em: 05/08/2020 09:25:30

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295617

Vítima: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HERMAN SOUSA RIBEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

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\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 104

Agência: 000004254

Conta: 00000650-0

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,

