



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WLIM.20.00171206-3** em **04/11/2020 10:34:17**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Limoeiro do Norte
Processo : 0050971-92.2020.8.06.0115
Protocolo : WLIM.20.00171206-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Responsabilidade Civil
Data/Hora : 04/11/2020 10:34:17

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2762989_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2762989_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2762989_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-25.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

Nº Sinistro: 3180369420

Vitima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

Data do Acidente: 07/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180369420**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13230745



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO AURICELIO SOUSA
Nº Sinistro: 3180369420
Vitima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA
Data do Acidente: 07/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180369420**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 077.260.203-42 CPF da Vítima: 077.260.203-42 Nome completo da vítima: Francisco Auricélio Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|----------------------------------|---|------------------------------|
| Nome completo: <u>Francisco Auricélio Sousa</u> | | CPE titular da conta: <u>077.260.203-42</u> | Profissão: <u>Baleonista</u> |
| Endereço: <u>Salino Roberto</u> | | Número: <u>3241</u> | Complemento: |
| Bairro: <u>Leopoldo</u> | Cidade: <u>Limoeiro do Norte</u> | Estado: <u>CEARA</u> | CEP: <u>62.930-000</u> |
| Email: | | | Telefone (DDD): |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco NRO 237
AGÊNCIA NRO. 1781 D/V 7 CONTA NRO. 09104 D/V 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Limoeiro, 08 de agosto de 2018
Local e Data

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

10 AGO, 2018

Francisco Auricélio Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

FRANCISCO AURICELIO SOUSA

12:34 HRS

AGENCIA 1781 CONTA 0009104-9

08/AGO/2018

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

| -----OUTUBRO/2014----- | | | |
|------------------------|-------------------------|---------|--------|
| DIA | HISTORICO | N.DOCTO | VALOR |
| 15 | SALDO ANTERIOR | | 0,00 |
| -----AGOSTO/2018----- | | | |
| 08 | TARIFA BANCARIA 0110518 | | 15,00- |
| | CESTA EXPRESSO 4 - | | |
| | TARIFA BANCARIA 0110718 | | 15,00- |
| | CESTA EXPRESSO 4 - | | |
| | TARIFA BANCARIA 0120418 | | 15,00- |
| | CESTA EXPRESSO 4 - | | |
| | TARIFA BANCARIA 0120618 | | 15,00- |
| | CESTA EXPRESSO 4 - | | |
| | SALDO TOTAL | | 60,00- |

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 2117 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 10:39:24**Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2018 20:15:00**Endereço da Ocorrência: **VILA TETEU**

Complemento:

Bairro:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**Nascimento: **03/06/1998** CPF: **077.260.203-42**RG: **20078752820**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA NELLY DE SOUSA
NC**Endereço: **RUA SABINO ROBERTO, 3241**Bairro: **LUIS ALVES**Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**CEP: **62.930-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9794-6473****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: OCJ5771 Uf: CE Município: LIMOEIRO DO NORTE Chassi: 9C2JC4120BR529533 Renavam: 309884764 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCISCA LIDIANE GOMES Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

Informa a vítima que no dia 07 de janeiro de 2018, pediu para uma amiga chamada Lidiane lhe buscar na casa de outra amiga; que minutos depois, estava na garupa da motocicleta placa OCJ5771, pilotada por Francisca Lidiane Gomes (habilitada), quando na Vila Teteu, após passar por um quebra mola colidiu com outra moto; que o acidente ocorreu porque uma moto que vinha no sentido oposto, ao ultrapassar um carro, colidiu na moto em que a vítima estava; que a vítima foi conduzida para o Hospital São Raimundo, dando entrada às 20h:51min; que a pessoa que vinha pilotando a outra moto, responsável pela colisão, é desconhecida da vítima; que a vítima foi levada num carro para o hospital por uma mulher desconhecida; que a vítima sofreu lesão no braço e no pé.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Francisca Lidianne Gomes****VISTO DO DELEGADO(A) :****BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

Impresso em: 08/08/2018 10:56:26

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <i>Francisco Auricélio Souza</i> | CPF da Vítima <i>077.260.203-42</i> | Data do Acidente <i>07/01/2018</i> |
|---|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) |

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Limpeiro 08 de *agosto* de 2018 10 AGO. 2018
Local e Data

355

Francisco Auricélio Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|---|----------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------|----------|
| Prontuário 066807 | | Atendimento 0002 | | Nome do Paciente FRANCISCO AURICELIO SOUSA | | | CNS | | Guia de Autorização | |
| Documento(s) Certidão Nascimento: 150597 | | | | | | | Estado Civil Solteiro(a) | | Sexo Masculino | |
| Data de Nascimento 03/06/1998 | | | Local LIMOEIRO DO NORTE/CE | | | | | | Idade 19 Ano(s) | |
| Pai NAO DECLARADO | | | | | Mãe MARIA NELY DE SOUSA | | | | | |
| Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN | | | | Bairro CENTRO | | CEP 62930-000 | | Município LIMOEIRO DO NORTE | | UF CE |
| Profissão VENDEDOR | | Empresa | | | Cônjuge | | | | | |
| Responsável MARIA NELY DE SOUSA | | CPF do Responsável | | Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN | | | | Município LIMOEIRO DO NORTE | | UF CE |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | |
|-----------------------------|-------|----------|--------------------------------|------------------|
| Data Atendimento | Hora | Convênio | Matrícula | CID |
| 07/01/2018 | 20:50 | SUS | | |
| Profissional do Atendimento | | | CRM/UF | Tipo Atendimento |
| ALEX CARVALHO MONTEIRO | | | 18770/CE | CONSULTA CLINICA |
| Indicador de Acidente | | | Funcionário | |
| | | | MARIA LUZIVANIA RODRIGUES FLOR | |

Observação

| | | |
|------|---|--|
| Sala | Data/Hora Liberação 19-1 01/10/18 às 23 hs. 47 | Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito |
|------|---|--|

Finais Vitais

| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Power & volume of acid & molecular
a a & how open to a can also any
no' (£) & haw (£) PA 130 < 90 new Hg
out 02 95% FC 102

Пример: ① "Виза, абитуриента и солони"

original in color

③ $\mu(G)$ Simple choice, (RA RCD) T

Beide sind keine Leinwand

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

10 AGO. 2018

pour (\sqrt{p}) ou le groupe (\mathbb{F}) + Dices au moment

(10) Mean a group size of \bar{F} + on the \bar{F}

017, Poro F.S.
0.9.1.

ALEX CARVALHO MONTEIRO - CRM: 18770

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA NELY DE SOUSA

2) 17000 ml em 5h.
100mg + 100mg 50-9 Ag

(4)

Enfermeira: CORTELLA SILVA
CPF: 739.052.933-53
124121

⓪

Rx de p' (F) Ap. oblique
e ar. - bica (F) Ap.
oblique.

Rx de ar. bica (F) com
futuro de bica, meios de
Unes e futuro de
meios e p' (F).

(20)

2 Mobiliza

2 aces venoz
salinas

(1) Encomido p/ fertiliza

57/10/10 10/10/10

Dr. Raul Teofilo
Médico
CREMEC 18.390

Enfermeira
COREN-306980

(19)

Dr. Alex Carvalho
Médico
CREMEC 14.170

07 atadura 15cm gessada
07 atadura crepau
crepau

As 23:05 Ambulância do SAMU, devidamente
regulada não compareceu, ligamos e não foi
atendida pois mandaram uma de Super
Urgência, o qual não foi o combinado (Relatório
do médico do ponto). A ambulância
não chegou em cima do ponto
de atendimento. Relato pessoal.

BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000009104-9

Nr. Autenticação

BRADERCO1109201805000000000023701781000000009104236250 PAGO

Nº DO CLIENTE

8276582-0

Para agiliz. seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdivino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 00.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 01 25060 01 289000 - 1 Data de Emissão 535680391
 Nome WANDERSON ANDRE SILVA DE OLIVEIRA 02/08/2018
 End. Postal RU SABINO ROBERTO 03241 AP 01
 Medidor LUIZ ALVES DE FREITAS - LHM. DO NORTE - 62930000
 Classe 1240896 Poste 0000 0000
 RG/CPF/CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 Nome do Responsável 055505233-88 CGF

DATAS

Mês da Referência 02/08/2018
 Data da Apresentação 03/09/2018
 Provisão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto LIMZEIRO DO NORTE

Mês Jun/2018

EUSD 35,90

ICMS Base de Cálculo (R\$) 98,92
 Alíquota 27,00%
 Valor do Imposto 26,70

| Padrão de Serviço P | Apuração Individual | | |
|---------------------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC | 5,19 | 10,39 | 20,77 |
| FIC | 3,23 | 6,47 | 12,95 |
| DMIC | 2,94 | | 0,00 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ID4C.D014.81D6.5F6B.952B.C187.82EF.A264

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 3914
 Leit. Anterior 3766
 Const. 1,00
 Consumo (kWh) 128
 Cons. Incl. 0,00
 Cons. Fut. 128
 Tarifa (R\$/kWh) 8,7720/3
 Valor (R\$) 98,92

02/08/18 03/07/18 30 DIAS 128 98,92

VALOR CONSUMO DO MES 98,92
 MULTA MORATORIA REF 07/2018 1,91
 JUROS DO MES 1,30
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 15,78
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 9,12)

VENCIMENTO 09/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

117,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 98,92
 Transmissão 4,00
 Distribuição 21,00
 Encargos Setoriais 5,00
 Tributos (ICMS, PIS, COFINS) 29,47
 TOTAL 98,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| 101 | 128 | 118 | 150 | 120 | 109 | 78 | 81 | 102 | 110 | 116 | 26 | 74 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|----|----|
| 101 | 128 | 118 | 150 | 120 | 109 | 78 | 81 | 102 | 110 | 116 | 26 | 74 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 49,97
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DE CLIENTE COM O DÍGITO VERIFICADOR

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,51% e COFINS: 2,08%

Art. 9, Res. 100-2005 - ANEL - 1-15 - 10.437/02 e 10.833-03

Estamos em Bandeira Vermelha reter 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.anel.gov.br

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

10 AGO. 2018

Nº do Cliente: 8276582-0

Data de Emissão: 02/08/2018

Nº da Nota Fiscal: 535680391

Referência:

Total a Pagar (R\$): Ago/2018

Nº de Controle: 0008276582 00016 39162 32

8389000001-3 17910031000-2 00082765820-6 00163916292-2



Nº DO CLIENTE

6502963-1

Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 00.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

534661788

Rota 16 25060 03 258000 - 9

Data de Emissão 24/07/2018

Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA

End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01

Medidor 2048163

Posta 0000 A515

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

RG/CPF/CNPJ 018733253-39

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jul/2018
Data da Apresentação 24/07/2018
Previsão Próxima Leitura 24/08/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta LIMITEIRO DO NORTE
Mês Jul/2018

ENSD 17,12

ICMS

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

ISENTO

| Padrão Individual | Apuração Individual | | |
|-------------------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trím. | Anual |
| DIC | 5,19 | 10,38 | 20,77 |
| FIC | 0,23 | 5,47 | 12,95 |
| DMIC | 2,94 | | 1,21 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ECIA 0009.3460.0077.0376.745F.7402.5002

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. For. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 6637 | 6516 | 1,00 | 121 | 0,00 | 20 | 0,15449 | 5,40 |
| | | | | | 72 | 0,32342 | 22,73 |
| | | | | | 21 | 0,50015 | 10,51 |
| 24-07-18 | 23-06-18 | | 31 DIAS | | 121 | | 39,67 |

| | |
|--|-------|
| VALOR CONSUMO DO MES | 39,67 |
| MULTA MORATORIA REF 06/2018 | 0,82 |
| JUROS DO MES | 0,03 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 15,78 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 1,60 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA NFS (R\$ 3,78) | |

VENCIMENTO 01/08/2018

TOTAL PAGAR (R\$) 57,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|----------------------------|-------|
| Energia | 20,42 |
| Transmissão | 2,16 |
| Distribuição | 11,64 |
| Encargos Setoriais | 3,12 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 3,90 |
| TOTAL | 41,27 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 123 | 121 | 127 | 128 | 145 | 146 | 122 | 130 | 127 | 143 | 143 | 148 | 123 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (NCO)

47,24

0,00

0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE DO DÍGITO-RECONHECER

Cuide os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 3,90 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,04% e COFINS:14,78%

Estamos em Bandeira vermelha Patamar 2 em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

10 A60. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Sra Eriantina Siqueira Souza ^{Apers} inscrito (a) no CPF/CNPJ 018.733.253/39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Aurielino Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.260.203/42, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Francisco Aurielino Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.260.203/42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recurson Renda: Recurson e apresento os documentos comprobatórios: Recurson

☒ 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>Antônio José Barbosa</u> | | Número <u>2023</u> | Complemento |
| Bairro <u>Bom - Nome</u> | Cidade <u>Limoeiro do Norte</u> | Estado <u>Ceará</u> | CEP <u>62.930-000</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |

Limoeiro 08 de Agosto de 2018
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

Sra Eriantina Siqueira Souza Apers

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisela Lidiiane Gomes,
RG nº 327330798, data de expedição 06/05/1998
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 864.661.353-49, com
domicílio na cidade de Limoeiro do Norte no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Sabino Roberto, nº 3569,
complemento B: Luis Alves declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Aurélio Sousa cujo o condutor era
Francisela Lidiiane Gomes

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda 160 125 Fan 85 2011
Ano: 2011
Placa: PEJ 5771
Chassi: 9E2JE 4120 BR 52 9533
Data do Acidente: 07/01/2018
Local e Data: Limoeiro do Norte-PE 08/08/18

Francisela Lidiiane Gomes
Assinatura do Declarante

Francisela Lidiiane Gomes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

Ass: _____

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------------|---|----------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------|----------|
| Prontuário 066807 | | Atendimento 0002 | | Nome do Paciente FRANCISCO AURICELIO SOUSA | | | CNS | | Guia de Autorização | |
| Documento(s) Certidão Nascimento: 150597 | | | | | | | Estado Civil Solteiro(a) | | Sexo Masculino | |
| Data de Nascimento 03/06/1998 | | | Local LIMOEIRO DO NORTE/CE | | | | | | Idade 19 Ano(s) | |
| Pai NAO DECLARADO | | | | | Mãe MARIA NELY DE SOUSA | | | | | |
| Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN | | | | Bairro CENTRO | | CEP 62930-000 | | Município LIMOEIRO DO NORTE | | UF CE |
| Profissão VENDEDOR | | Empresa | | | Cônjuge | | | | | |
| Responsável MARIA NELY DE SOUSA | | CPF do Responsável | | Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN | | | | Município LIMOEIRO DO NORTE | | UF CE |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | |
|---|---------------|-----------------|---|--------------------------------------|
| Data Atendimento 07/01/2018 | Hora 20:50 | Convênio SUS | Matrícula | CID |
| Profissional do Atendimento ALEX CARVALHO MONTEIRO | | | CRM/UF 18770/CE | Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA |
| Indicador de Acidente | | | Funcionário MARIA LUZIVANIA RODRIGUES FLOR | |

Observação

| | | |
|------|---|--|
| Sala | Data/Hora Liberação 19-1 01/10/18 às 23 hs. 47 | Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito |
|------|---|--|

Finais Vitais

| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Power & volume of acid & molecular
a a & how open to a can also any
no' (£) & haw (£) PA 130 < 90 new Hg
out 02 95% FC 102

Пример: ① "Виза, аббревиатура и символы"

original in color

③ $\mu(G)$ Simple since $\mu(RA) = R(D) \neq \emptyset$

de la 1^{re} classe de la 1^{re} section

LIBIA CORRETORA DE SEC. 10-50

10 AGO. 2018

pour (\sqrt{p}) ou le groupe (\mathbb{F}) + Dices au moment

(10) Mean a group given \bar{F} + on labels \bar{F}

O - CRM: 18770 019.1

ALEX CARVALHO MONTEIRO - CRM: 18770

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA NELY DE SOUSA

2) 17000 ml em 5h.
100mg + 100mg 50-9 Ag

(4)

Enfermeira: CORTELLA SILVA
CPF: 739.052.933-53
124121

⓪

Rx de p' (F) Ap. oblique
e ar. - bica (F) Ap.
oblique.

Rx de ar. bica (F) com
futura de bica, medidas de
uniao e futuro de
cintura e p' (F).

(20)

2 Mobiliza

2 acentuacoes
elasticas

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.
10 AGO. 2018

ASS:

(1) Encaminhado p/ Fertiliza

57/10/10 10/10/10

07 atadura 15cm gessada
07 atadura crepante
Crepante

Dr. Raul Teofilo
Médico
CREMEC 18.390

Enfermeira
COREN-306980

Dr. Alex Carvalho
Médico
CREMEC 14.170

As 23:05 Ambulância do SAMU, devidamente
regulada não compareceu, ligamos e não foi
atendido pois mandaram uma de Super U
e não, o qual não foi o combinado (Relato de
um dos membros do grupo). A ambulância
não chegou em tempo de atendimento. Relato de
um dos membros do grupo.

No. HOSPGESTOR: 36224

LEITO: 1703

NOME: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

DATA DE INTERNACAO: 08/ 01/ 2018

DATA DA ALTA: 27/03/2018

BE/PRONT: 5544972

CIDADE DE ORIGEM: LIMOEIRO DO NORTE

NASCIMENTO: 03061998

IDADE: 19

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE ANTEBRACO - DIAFISE ESQ (OPERADA) + FRATURA - LUXAÇÃO PÉ ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: -ALTA HOSPITALAR -RETORNO AMBULATORIO DR VALBERTO COM 01 SEMANA -ORIENTACOES E ANALGESIA -NAO TROCAR CURATIVO ATE DIA DO RETORNO !!

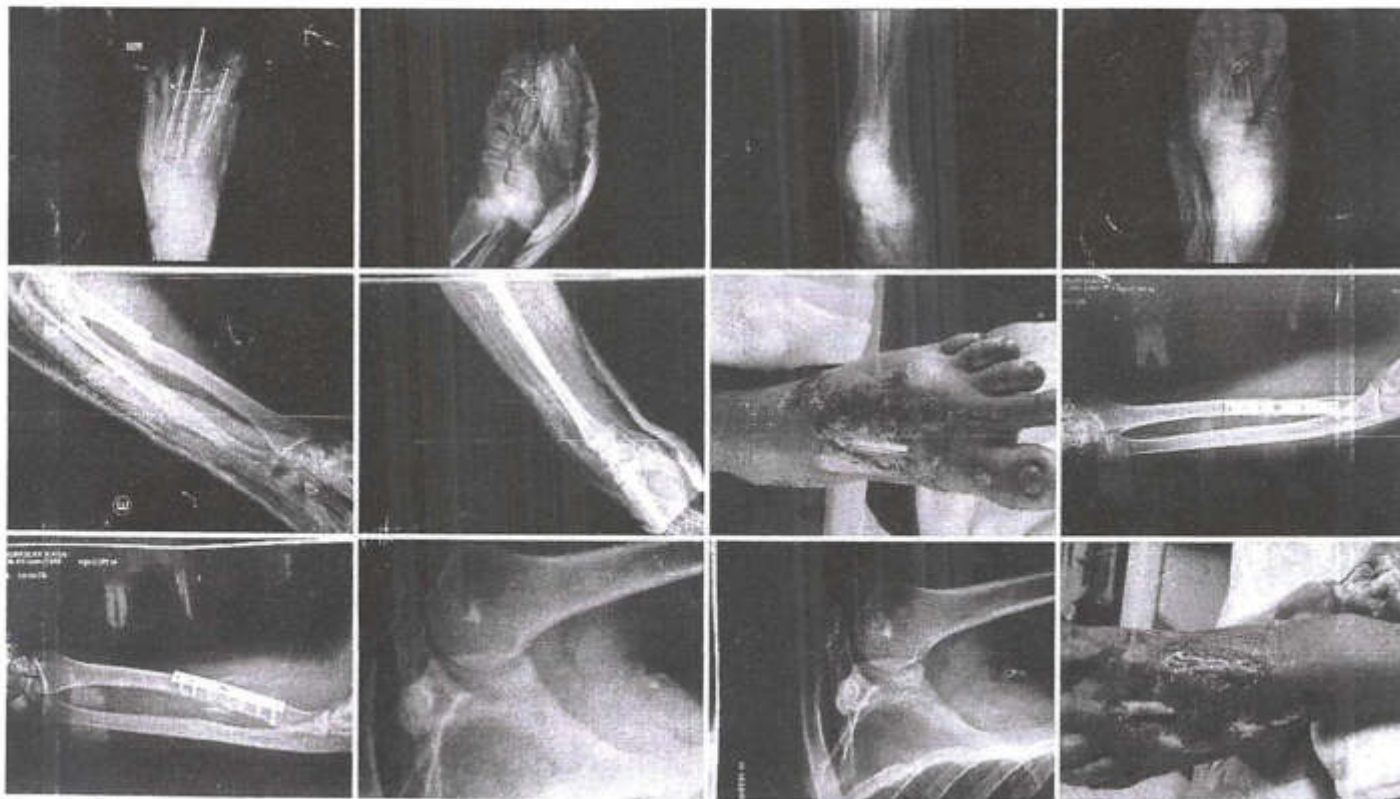
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: VALBERTO PORTO

RESIDENTE DO LEITO: RONALDO GUEDES



Mapa de Cirurgias

| Dias Tot. # | Hora | Leito | Cirurgião | Residente | Material | Observação |
|-------------|------|-------|-----------|-----------|----------|------------|
|-------------|------|-------|-----------|-----------|----------|------------|

Status da
marcação**MAPA DO DIA 26/01/2018 - Sexta-Feira**

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

| | | | | | | |
|----|----|-------------|------|---------------------|-------------------|-----------|
| 79 | 15 | A SEGUIR | 1703 | RENATO FONTENELE | RONALDO GUEDES | CX BASICA |
|----|----|-------------|------|---------------------|-------------------|-----------|

10 AGO, 2018

LIMPEZA CIRURGICA PÉ DIREITO BE:5544972

REALIZADA

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
25-01-2018 8:41:08**MAPA DO DIA 05/03/2018 - Segunda-Feira**

| | | | | | | |
|----|---|-------|------|-------------------|-------------------|--|
| 79 | 3 | 07:30 | 1703 | VALBERTO PORTO | RONALDO GUEDES | CX PLASTICA DA MÃO + CX BASICA TO PARA MMII + NYLON 7.0MM |
|----|---|-------|------|-------------------|-------------------|--|

RETALHO MICROCIRURGICO PÉ ESQUERDO BE:5544972

REALIZADA


Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-03-2018 6:50:37

MAPA DO DIA 23/03/2018 - Sexta-Feira

79 16 A VALBERTO RONALDO KIT DE PEQUENAS CIRURGIAS
SEGUIR PORTO GUEDESMARCADA 

DESRIDAMENTO DE RETALHO MICROCIRURGICO JO PÉ BE-5544972

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
22-03-2018 7:43:59

| | |
|---|---|
| Ass.:  | Retornar dia: <u>1/1</u> Hora: _____ para Dr. <u>Valberto</u> |
| Data: <u>24/3/18</u> | |
| Imprimir | |

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas


Dr. Yan Dias
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

DIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO, 2018 


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA


24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

| | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|-------------------|
| NOME: | FRANCISCO AURICELIO SOUSA | | |
| LEITO: | 1703 | | |
| DATA DE INTERNACAO: | 08 01 2018 | DATA DA ALTA: | 27/03/2018 |
| BE/PRONT: | 5544972 | CIDADE DE ORIGEM: | LIMOEIRO DO NORTE |
| IDADE: | 19 | | |
| DIAGNOSTICOS: | FRATURA DE ANTEBRACO - DIAFISE ESQ (OPERADA) + FRATURA - LUXAÇÃO PÉ ESQ (OPERADA) | | |
| CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: | -ALTA HOSPITALAR -RETORNO AMBULATORIO DR VALBERTO COM 01 SEMANA -ORIENTACOES E ANALGESIA -NAO TROCAR CURATIVO ATE DIA DO RETORNO !! | | |
| STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA: | | | |
| STAFF DO LEITO: | VALBERTO PORTO | | |
| RESIDENTE DO LEITO: | RONALDO GUEDES | | |

| | | |
|----------------|--|--|
| Ass: |  Dr. Yan Dias Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC 16.540 | Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. |
| Data : 24/3/18 | | Valberto após uma semana. |
| Imprimir | | Dispensa do trabalho por : 60 dias |

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INIMIA E PRINCÍPIOS BIOMÉTRICOS



Polegar Direito



Francisco Auricélio Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENAL 2007/875282 - 0

DATA DE
EMISSÃO 19/05/2011

NOME
FRANCISCO AURICÉLIO SOUSA

FUNÇÃO

MARIA NELLY DE SOUSA

NATURALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO
03/06/1998

SOC. ORÇAM.

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 597 FOLHA: 150

LIVRO: A-ESP-03 LIMOEIRO DO NORTE - CE

VIA

Assinatura do Titular

LE Nº 7119 DE 2007

P.: 156

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
077.260.203-42

Nome
FRANCISCO AURICELIO SOUSA

Nascimento
03/06/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9970.411C.B5FD.0091

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:22:55 do dia 28/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

SS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369420 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

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

NOME
FRANCISCA LIDIANE GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE
327330798 SSP CE

CPF
864.661.353-49 DATA NASCIMENTO
29/03/1981

RELACIONAMENTO
MARIA DE LOURDES SOBRINHO

PERMISSÃO ACC CATNIA
A3

Nº REGISTRO
04964109841 VALIDEZ
01/07/2019 1ª HABILITAÇÃO
14/05/2010

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Francisca Lidianne Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

SOCAL
RUSSAS, CE DATA EMISSÃO
25/02/2015

65491807810
CE142585947

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1076720435

PROIBIDO PLASTIFICAR
1076720435

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO, 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369420 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Auricélio Sousa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão balconista, residente e domiciliado á Rua Silvia Roberto, n° 241, bairro Paraisópolis

Município de Limouco do Norte Estado de(o) Pernambuco, Cep: 62.900-000
portador(a) do Rg n° 2007875282-0, SSP/ PE e CPF n° 077.260.203-42

Outorgado: Graciliana Silvia Souza Lopes, brasileiro(a)
estado civil casada, profissão aquelecionista, residente e domiciliado(a) á
Rua João Lopes Barbosa, n° 2003, bairro Bom-Rome
Município de Limouco do Norte, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 62.930-000
portador (a) do Rg n° 200309905, SSP/ PE e CPF n° 018.733.253-39

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Auricélio Sousa ocorrido em 07/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Limouco do Norte a 08 de agosto de 2018

RECONHEÇO
1º OFÍCIO

Outorgante

CPF N°

077.260.203-42

IA CORRETORA DE SEG. LTDA

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

10 AGO. 2018



0292375 18

CRISTINA