



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

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 **WEB1.20.01547069-5** em **09/11/2020 16:24:43**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0215429-56.2015.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01547069-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 09/11/2020 16:24:43

Partes

Solicitante : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.a.

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2764344_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2764344_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2014

Carta nº: 5062331

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vitima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2014

Carta nº: 5155172

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vítima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014

Carta n°: 5532245

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vitima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 0000029401-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

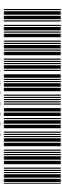
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Marcus Anselmo de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ponta Mar, 16 00
Vicente Pinzon Fortaleza CE CEP: 60181-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94002027257
Data local do exame: [16/10/2014] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PÉ DIREITO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Sim Não

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

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FIOS PARA OSTEOSSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

APRESENTA COMO SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DIFICULDADE PARA O USO PLENO DO PÉ DIREITO, EDEMA RESIDUAL, CLAUDICAÇÃO E LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO PLANTAR.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ DIREITO

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



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



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marcus Anselmo de SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 05767681348EXPEDIDO POR DETA AV - CEEM 12/05/2014 ECPF 609212507-20 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ não declaro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcus Anselmo de Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039*



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

10 SET. 2014

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGÊNCIA 1035_03 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 29403-8

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

LOCAL FortalezaDATA 09/09/14

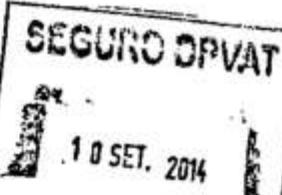
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Marcus Anselmo de Souza

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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: 23/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000029401-8

Nr. da Autenticação 71F74087B92D01A8



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 242 / 2014



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/07/2014 11:14:08**

Data / Hora da Ocorrência : **10/06/2014 12:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R 25 DE MARÇO**

CENTRO FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO MILITAR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCUS ANSELMO DE SOUZA**

Nascimento : **13/01/1960**

RG: **94002027257** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOSE ANASTACIO DE SOUZA**

GERALDA BORGES DE SOUZA

Endereço: **R PONTA MAR 16**

SERVLUZ

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **98194248**

Histórico

O declarante afirma que no dia e hora acima mencionados trafegava na moto HONDA TITÂN, DE COR PRETA, DE PLACA ORZ6733/CE, licenciada em seu nome, pela Rua 25 de Março, sentido Praia, quando próximo ao Colégio Militar, um veículo, do qual não lembra detalhes, que também estava trafegando no mesmo sentido do declarante, acabou trancando a moto, provocando um acidente, colidindo contra moto; QUE o veículo se evadiu do local; QUE foi socorrido por meios próprios ao IUF; QUE registra o fato apenas para dar entrada no seguro DPVAT, não tendo interesse a dar início a nenhum procedimento penal sobre o mesmo. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Viviane

Viviane Matheson Tavares - MAT.: 198265-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Marcus Anselmo de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO FERNANDO CAVALCANTE NOGUEIRA - MAT.: 404578-1-X

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcus Anselmo de Souza, portador da carteira de identidade nº 05767681348 e inscrito no CPF/MF sob o nº 609.212.507-20, residente e domiciliado na Pontamar, 16, Cidade Fortaleza, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



Marcus Anselmo de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza 09 de Setembro de 2014

Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014765071 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA **Data do acidente:** 10/06/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Traumatismo nos ossos e/ou nas estruturas de composição do pé D

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

DANOS

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

PRESTADOR

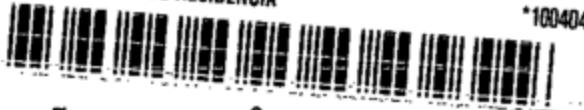
IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

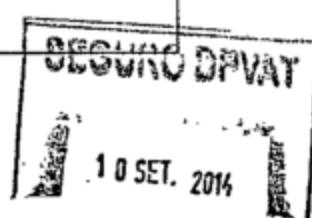
Eu, Marcus Anselmo de Souza,

RG nº 0576768348, data de expedição 10/05/2014 Órgão DETRAN - CE,

CPF nº 609.212.507-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Pontamar</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>00</u>
Bairro	<u>Vicente Pinzon</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>60381250</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3253-1701 / (85) 8860-2468</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Fortaleza 09 de Setembro de 2014

Assinatura do Declarante: Marcus Anselmo de Souza

Nº DO CLIENTE
52635C4-0

Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato comigo.

coelce
www.coelce.com.br

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

A Tarifa Básica de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.638, de 29 de abril de 2003.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA I GRUPO B LÍNEA B-41 N° 52635C4-0

Rota 13 01120 35 002500 4 Data de Emissão 18/06/2014

Nome MARCUS ANGELO DE SOUZA

End. Postal RU PONTA MAR 00016
VICENTE PINZON - FORTALEZA - 60181210

Medidor 752998

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 609212507-20

Nome do Responsável

Poste 0000 F791

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévio Leitura
- Jun/2014	18/06/2014	18/07/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto MULHERES		Mês: JUL/2014		ED: 7,91	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
ICMS					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto			
29,18	7,3%	2,07			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL					
2225,5500, 9409,8876, 3,01, 2400,6482,452					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ltr. Atual	Ltr. Anterior	Coms.	Consumo (kWh)	Com. Ind.	Com. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
671	617	1,00	54	0,00	54	0,54042	29,18

18/06/14 28/05/14 29 DIAS

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DIA MES 29,18
MULTA MORATORIA REF 03/2014 0,60
JUROS DO MES 0,26

DESCRIÇÃO

VENCIMENTO 21/07/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 30,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Enavaria	12,00
Transmissão	8,95
Distribuição	5,47
Encargos Salariais	1,21
Tributos (ICMS PIB/COFINS)...	9,75
TOTAL	29,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

73	53	155	119	67	74	74	59	63	53	58	53	55
----	----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

importante

** referente a PIS e COFINS

SEGUNDO DPVAT

10 SET. 2014

16

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CÂNDIDO MAIA, 294 - ANT^o BEZERRA**



Prefeitura de
Fortaleza



L-02
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

ATESTADO MÉDICO.

O Sr (a): Maria Inselma de Jaque

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 10 de 06 de 19 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: fratura do
pé CID: 5-92

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.

2. () Necessitando de cerca de 60 dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: 5-92

3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. () Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 12 de 06 de 19

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM: 9895

Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Antº Bezerão
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10

SEGUR. OPVA

10 SET. 2016

Livro 10.08 V



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

Moras - Inselina de Seleno

Retorno:

Dr. EDILMAR

57/06/14

7:00

SECURIC SPVAT

10 SET. 2014

- Curativo diário
- Tomar o antibiótico

J. 986

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

01.07.14

Froeh

Expedite oblym

(Sem custos)

D. Edilmar Lec
Rheumatologia e Ortop
CREMEC 73.3 FORTALEZA

01.07.14

Froeh

SEGURO DPVAT

10 SET. 2014



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

Maria Roseli de Souza
Floripa/SC
(23n)

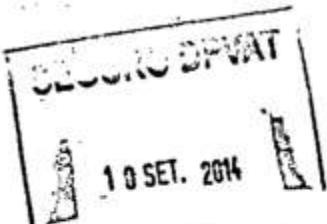
Rebelo
PTurcine

010714 Dr. Lino

Dr. Edilmar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CREMEO 3399 TEOT 10979

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.





HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

Bartolo Medeiros

Destaca para os devidos fins que
Márcos Gonçalves de Souza se
submeteu a tratamento de
gástrica do S^o prof dr. André
d'Ávila, evoluindo bem como
funcionando, sem alterações
funcionais. Desta forma se
mantém o seu desempenho.

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

**PROTEJA SEU CORPO. BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.**

Dr. Edilmar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 7399 TEOT 10979

*fortaleza, 01/07/14
Liuco*



AUTENTICO A PRESENTE FOTOCÓPIA QUE CONFERE
COM O ORIGINAL DOU FÉ
EM TESTEMUNHO Cicero Mozart Machado Tabelião
DA VERDADE
FORTALEZA.

19 AGO 2014

Cicero Mozart Machado Tabelião
bel. Cicero Mozart Machado-Tabelião
bel. Ma. SALMAONFRE MACHADO-TABELIÃO SUBSTITUTA
MARIA DAS GRAÇAS SOARES-ESCREVENTE

CECUNO DIPAT

10 SET. 2014

AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA FUNCIONAL

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

MARCUS ANSELMO DE SOUZA

vítima de acidente de trânsito, em 10/06/14, sofreu:

Festem de 5º gradostátil esquerda na coluna
em prí direito, diminuição da amplitude de movimentos
de prí direito, bloqueio rotundo prí flexão e extensão
do 5º gradostátil, diminuição de força prí direito,
dificuldade de deslocar com assista
lombossacra.

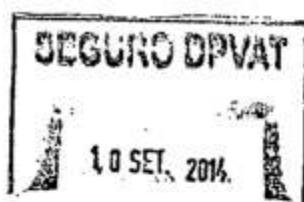
e submeteu-se a tratamento(s):
x Cirurgia conservadora
x Cirurgia

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,

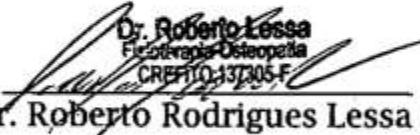
Com grau de incapacidade funcional irreversível de:

70% prí 5º gradostátil direito

40% prí prí direito



Protocolo : 06106114


Dr. Roberto Rodrigues Lessa
Fisioterapeuta
CREFIGO 137305-F
CREFITO 6 - 137305-F

CREFITO 6 - 137305 - F

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*100403;



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

NOME: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

DOC. IDENTÍFICO / ORG. EMISSOR: 94002027257 SSPDS CE
CR: 609.212.507-20 DATA NASCIMENTO: 13/01/1960

PAI: JOSE ANASTACIO DE SOUZA
MÃE: GERALDA BORGES DE SOUZA

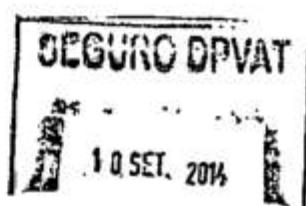
RESIDÊNCIA: ACC CAHNA A
ENDERECO: 05767681348 VALOR: 28/11/2017 1ª HABILITAÇÃO: 30/04/2013

OBSERVAÇÕES: BEM OBSERVAÇÃO:
Marcus Anselmo de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR:
LOCAÇÃO: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 12/05/2014
64701655086
CE141729414

PRODUTO PLASTIFICAR
958551698

ESTAMPA DE IDENTIFICAÇÃO
CONFERIR NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 958551698





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011610342105
VIA CÓD. RENAVAM 01 00547381336 P.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

MARCUS ANSELMO DE SOUZA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 60921250720 PLACA ORZ6733/CE
PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC4110DR118342

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P / OCV / 124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I	P	V	A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA **/**/**	1º VENC / COTAS *****
				FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2º *****
						3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 IOF (R\$) 4,15 PRÉMIO TOTAL (R\$) 133,19 DATA DE PAGAMENTO 2014-04-24/04/2014

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 24/04/2014
Igor Ponte
Superintendente DETAN-CE

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

CE Nº 011610342105 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 24/04/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 60921250720 PLACA ORZ6733
RENAVAM 00547381336 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 CAL/TAPE 09 NO CHASSI 9C2JC4110DR118342

PRÉMIO TARIFÁRIO DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 252,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 22/04/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ABR/2014

SEGUNDO DIVISOR

10 SET. 2014

12