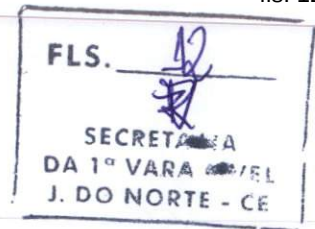


Registro de Sinistro

Sinistro: 3150/498445
Código: 31300



Parceiro: EDNALDO-CE

Nº BO: 488-7076/2015

Data Registro: 07/05/2015

Nome da Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Natureza: Invalidez

Código Sinistrado: 1 - PASSAGEIRO

Data Nascimento: 16/07/1991

CPF: 047.320.673-01

Data Sinistro: 23/02/2015

Beneficiário	CPF	Banco	Agência	Conta
RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA	047.320.673-01	Caixa Economica Federal	0032	067271

Histórico

Data / Hora	Descrição
16/07/2015 11:07:51	Processo com Pagamento Liberado PARA 17/07/2015 NO VALOR DE R\$ 1.687,50. BANCO: 104 / AGENCIA: 00032- / CONTA: 67271-4 . BENEFICIÁRIO: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEI
08/06/2015 00:06:38	Processo Enviado para Seguradora Líder
01/06/2015 18:06:06	Processo Analisado e Aprovado
18/05/2015 09:05:00	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES DEVERÁ SER APRESENTADA A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM QUE A VÍTIMA SE ENCONTRAVA, DEVIDAMENTE ASSINADA E COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE.
18/05/2015 09:05:09	Processo Recepcionado na Reguladora Acerta

Imprimir

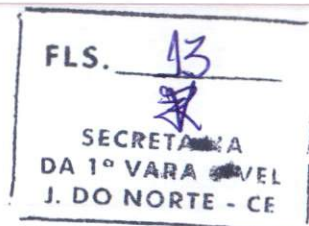
[Ficha de Regulação](#)

[voltar](#)



ACTUS

Advogados Associados



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida, brasileira, solteira, portadora do RG nº 2005029053511 SSP/CE e do CPF nº 047.320.673-01, residente e domiciliada na Rua Mal. Juracy Teixeira, nº 137, Juazeiro do Norte - CE.

OUTORGADO: **THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 20.787, **ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 23.502 com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, especialmente para promover AÇÃO JUDICIAL De Coluna de Indenização Secretaria DPUAT.

Barbalha-CE 22 de Junho de 2016.

Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida
OUTORGANTE

Rua Zuca Sampaio, 649, Santo Antônio, Barbalha - CE, CEP 63180-000
Tel.: (88) 3532-2203



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7076 / 2015

fls. 14

FLS.

SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 07/05/2015 10:13:06

Data / Hora da Ocorrência : 23/02/2015 19:30:00

Endereço da Ocorrência: R JUAZÉZ TAVORA, EM FRENTE 137

JUVENCIO SANTANA JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Nascimento : 16/07/1991

RG: 2005029053511 Órgão Emissor: SSP UP: CE - CPF:

Filiação: MOACIR DE SOUSA FIGUEIREDO

FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO

Endereço: R JUAZÉZ TAVORA 137

JUVENCIO SANTANA

JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Advertida das penas cominadas nos artigos 340 e 342, ambos do cpb, a vítima comunica que quando trafegava na garupa da Motocicleta Honda CG 125 Fan, Ano de fabricação 2008/2008, de Cor preta, de Placa HYS 6604, Chassi n° 9c2jc30708r152350, Renavam n° 957535538, conduzida por ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS, PORTADOR DA CNH 05788527526, já em frente a sua residência, foi colidida por um carro VW gol de placa não anotada, que evadira do local sem prestar socorro, onde a vítima veio a cair, causando-lhe fratura no pé direito; QUE foi socorrido por familiares e levado para UPA desta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

FLS.	15
SECRETARIA	
DA 1ª VARA / EL	
J. DO NORTE - CE	

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

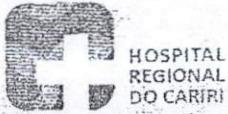
Eu Reimunda Wonaka Batista Figueiredo Almeida,
 Estado civil solteira, portador do RG
 nº 260502905351153P/CE inscrito no CPF sob nº
047.320.673-01, residente e domiciliado à
Rua Med. Juarez Talora, n° 132, Juvenio Santana,
 nos termos da Lei, e para os devidos fins, DECLARO que sou
 pobre na acepção jurídica o termo, não dispondo de condições
 econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício
 do sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira
 responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei,
 assino a presente declaração para que produza seus efeitos
 legais.

Dezenove/CE, 23 de Dezembro 2015

Reimunda Wonaka Batista Figueiredo Almeida

Declarante



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

FLS. 16

SECRETARIA
DA 1ª VARA / EL
J. DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Ata tal

PRONTUÁRIO:

Alto grau de risco
para o paciente. Raimundo
Santos Batista Figueira
Almoço em intervalos
de 2 em 2 horas, com
suplemento de potássio
e sódio.

Fabiano Feitosa Rodrigues
Médico
CRM-CE 10.242

DATA:

23, 2, 15.

MÉDICO | CREMEC

[Hospital Regional do Cariri | Rua Catulo da Pação Cearense, s/n - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162 | CNPJ: 05.268.526.0002-51]



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte
UPA JUAZEIRO DO NORTE
Boletim de Atendimento Médico

fls. 17/2

FLS. 57

SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

Nome Paciente: **RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**

Data: **23/02/2015**
Nº Atendimento:

Nº Cartão SUS:

Procedimentos

- ♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

Atendimento

Data / Hora

Profissional

Clínica

Descrição

Sinais

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora

Profissional

Clínica

Tipo

23/02/2015

CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS
MACEDO

CLINICA MÉDICA

INÍCIO DO ATENDIMENTO
MÉDICO

Saída do **TRANSFERENCIA**

Data: **23/02/2015**

Hora:

Destino:

Observação

Médico: **CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO**

CRM: **10466**

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte
UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

FLS. 18
1 / 2
SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

Nome Paciente: **RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**
Nome Mãe: **FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIDERO**
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **NAO INFORMADO,**
Bairro: **LIMOEIRO**
CEP: **63000000**

Data: **23/02/2015**
Nº Atendimento: N° Cartão SUS:
Cor: **PARDA** Telefone:
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **SN** Compl.:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **meios proprios**

Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Nível
Queixa:
Causa Externa:
Doenças
Pré-Existentes:
Medicamentos:

Escala de Dor:

Alergias

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(C°):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação de Risco: **Amarelo Observacao**

Especialidade: **CLINICA MÉDICA**

Anamnese:

paciente vítima de acidente de moto

Exame Físico

ESCOREACOES EM AMBAS AS PERNAS E FRATURA EM PE DIREITO

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA NO PÉ

Diagnóstico primário:

fratura no pé

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

AO HRC

Reavaliação:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA Prontuário: 14110 Admissão: 23/02/2015
Data Nasc.: 16/07/1991 Idade: 23 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 88 88175657
Mãe: FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO
Sexo: Feminino RG: 2005029053511 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: TRIANGULO
Endereço: VALDEMIZIO BRITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: APARECIDA MARIA FERREIRA Horário: 20:27
Queixa: DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO APÓS QUEDA DE CALÇADA.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *
Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FABIANO FEITOSA RODRIGUES CRM: 10242 Nº 238774 P.A.:
Acidente: Não Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: torção no pé d
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA APRESENTANDO FERIMENTO NO PE DIREITO
SEGUNDO A MESMA SENTINDO DOR AO MOBILIZAR O PE DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/02/2015 20:27:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa *	LARANJA	APARECIDA MARIA FERREIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PERNA D AP/P (0204060168)	23/02/201 21:30	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	24/02/201 00:16	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:	CRM:
Prescrição	Horário:

FLS. 20
SECRETARIA
DA 1ª VARA
J. DO NORTE - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010080487995
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - CENTRO - EXERCÍCIO
CRDT 01 957535538 0000000000 2013

ANTONIO CARLOS BANHOS SANTOS
JUAZEIRO DO NORTE - CE

OPÇÃO PLACA
61732222304 HYS6604

PAGANT/UF - CHASSI
957535538 9C2JC30708R152350

ESPECÍFICA COMBUSTÍVEL
HONDA/CC 125 FAN 2008 2008

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CC 125 FAN 2008 2008

CAP. TOT. CL. CATEGORIA CORP. HEGOMINANTE
2P/05/124CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
296,11 1,11 297,22 02/08/2013

RES. DOM. FRANCISCO OTACILIO FELIPE
DOCUMENTO DE REGISTRO DE VEÍCULO

LOCAL DATA
JUAZEIRO DO NORTE 04/09/2013

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

CE Nº 010080487995 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2013

CPF / CNPJ PLACA
61732222304 HYS6604

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010080487995 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2013 04/09/2013

VIA - CPF / CNPJ PLACA
01 61732222304 HYS6604

RENAVAM MARCA / MODELO
957535538 HONDA/CC 125 FAN

ANO FAB DATA TARIF Nº CHASSI
2008 09 9C2JC30708R152350

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 02/08/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A
LOTE/DOS 187643/34 LACRE
MOTOR: JC30708R152350
CNPJ: 09.248.608/0001-04

02/2012

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDINA NUBIA G. DE FERRA

End. Entrega: RU MAL JUAREZ TAVORA, 137, JUVENIL SANTANA

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 07010-120

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 012

Quadra: 0075

Lote: 0226

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE A CONDIÇÃO

Água:

Medidor: 009F124110

Linha: 021

Lote: 035

Cidade: 11

CEP: 13

TAXAS

Data: 21/02/2015

Emissão: 21/02/2015

Linha: 000

Data: 21/01/2015

Emissão: 21/03/2015

Linha: 000

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA RECENTE A: 01/2015

	Cloro	Turbidez	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Residual	139	139	139	139
Atividade	139	139	139	139
Em conformidade	139	139	139	139

OBSERVAÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 39,32 CASO PAGO, DESCONSIDERAR.
DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	27,12	
JUROS DE 0,0031 AO DIA	0,31	
		Março 11
		Março 14
		Março 17
		Março 20
		Março 23
		Março 26
		Março 29
		Março 31
		Março 11
		Março 14
		Março 17
		Março 20
		Março 23
		Março 26
		Março 29
		Março 31

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	39,32
COFINS	1,34	VALOR DO SUBSIDIO	18,26
		VALOR TOTAL A PAGAR	58,21
MÊS/ANO	02/2015	VENCIMENTO	05/03/2015
		TOTAL A PAGAR (R\$)	28,21

ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Itangulo, Outros PagPáid.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative o serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2858.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Nome: 021667870

Cidade: 392987053932673

CEP: 2505

Mês/Ano: 02/2015

Local: 021

Setor: 012

Quadra: 0075

Lote: 0226

Cidade: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 05/03/2015

Total (R\$): 28,21

82680000000 0 28210009500 3 02166787001 4 0006/122015 0



Declaração

FLS.

SECRETARIA
DA 1ª VARA JEL
J. O NORTE - CE

Eu, _____, declaro que após ter
sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em ____/____/____
fui socorrido por _____,
Telefone: () _____, e levado ao hospital: _____.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente,
tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve
registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial
na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente,
além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção
penal prevista no art. 299 do Código Penal:

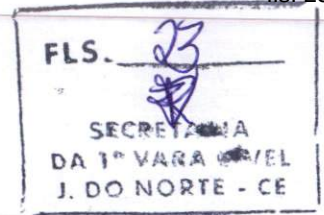
"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: _____ UF: _____ Data: ____/____/____

Raimundes Nonata Batista Siqueiredo Almeida

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____ / ____ / ____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Reimonda Nonaka Batista Figueiredo Almeida

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

FLS. 24

fls. 24

SECRETARIA

DA CARTEIRA DE EL
J. DO NORTE - CE

Eu, _____, portador da identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____ residente e domiciliado na _____ Cidade _____, Estado _____, 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
- () 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.

Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 25

FLS. 25

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

SECRETARIA

DA 1ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

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, _____, EM ____/____/____ E

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____

CPF _____ / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

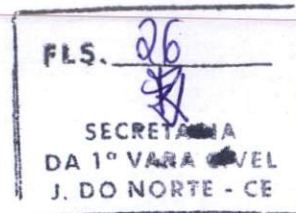
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

_____ de _____ de _____ *Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida*
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - PAE CARIRI GARDEN SHOPING
DATA: 07/05/2015 HORA: 11:50:23
TERMINAL: 00325051 CONTROLE: 003250510244

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGENCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.320.918-7
NOME : EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

FAVORECIDO
CGC/AGENCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.067.271-4
NOME : RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIRE

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 07/05/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO

FLS. 27

SECRETARIA

DA 1ª VARA JUDICIAL

DO JUIZADO DE CRIMES

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA Prontuário: 14110 Admissão: 23/02/2015
Data Nasc.: 16/07/1991 Idade: 23 ano(s) 7 mes(es) e 9 dia(s) Telefone: 88 88175657
Mãe: FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO
Sexo: Feminino RG: 2005029053511 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: TRIANGULO
Endereço: VALDEMIZIO BRITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: APARECIDA MARIA FERREIRA Horário: 20:27
Queixa: DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO APÓS QUEDA DE CALÇADA.
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor intensa *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FABIANO FEITOSA RODRIGUES CRM: 10242 Nº 238774 P.A.:
Acidente: Não Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: torção no pé d
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA APRESENTANDO FERIMENTO NO PE DIREITO
SEGUNDO A MESMA SENTINDO DOR AO MOBILIZAR O PE DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
23/02/2015 20:27:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa *	LARANJA	APARECIDA MARIA FERREIRA

EXAME

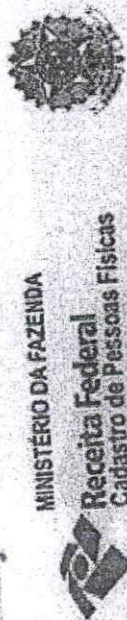
Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PERNA D AP/P (0204060168)	23/02/201 21:30	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	24/02/201 00:16	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico:

CRM:

Prescrição	Horário:
------------	----------



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
047.320.673-01

Nome
RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO
ALMEIDA

Nascimento
16/07/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direito



Raimunda Nonata B.F. Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Modelo 2005 - 1.000

CÓDIGO DE CONTROLE
8F6B.F248.48FE.1A35

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

as 08:20:04 do dia 08/03/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

fls. 28

SECRETARIA
DA RECEITA FEDERAL
DO NORTE - CE

DATA DE
EXPIÇÃO
10/02/2012

NOME
RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

FILIAÇÃO
MOCIR DE SOUSA FIGUEIREDO

FRANCISCA CÍCÉLIA BATISTA FIGUEIREDO

NATURALIDADE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO
16/07/1991

DOC. ORGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 22.223 FOLHA: 177

LIVRO: B-82 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 047.320.673-01

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 98

LEI Nº 116 DE 29/08/63

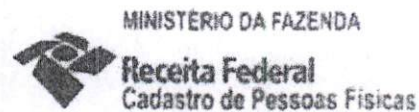
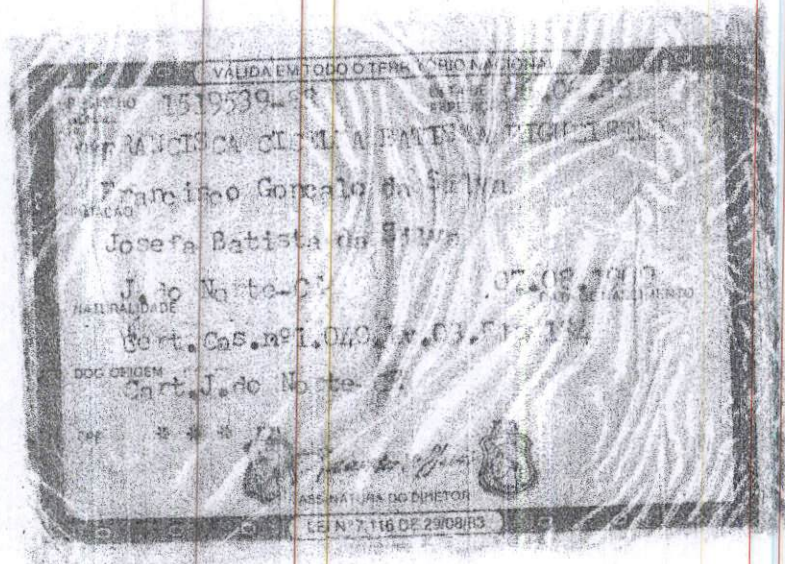
Modelo 2005 - 1.000

FLS. 29
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 95029135423 SSPDC CE
	CPF 617.322.223-04
	DATA NASCIMENTO 29/11/1980
FILIAÇÃO ALCEBIADES BARBOSA DOS SANTOS HELENA ALMEIDA DA CONCEICAO	
PERMISSÃO ACC CATEGORIA A	
Nº REGISTRO 05788527526	VALIDADE 20/05/2017
1ª EMISSÃO 24/05/2013	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
ASSINATURA DO PORTADOR ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 26/05/2014
ASSINATURA DO EMISSOR 57308598926 CE142118460	
DETRAN CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
958802653

PROIBIDA PLASTIFICAR
958802653



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

790.325.593-20

Nome

FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO

Nascimento

07/08/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B202.DDE4.862F.232B

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 14:48:06 do dia 05/01/2012 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

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

NOME
ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR Nº
95020135423 SSPDC CE

CPF
617.322.223-04 DATA NASCIMENTO
29/11/1980

FUNÇÃO
ALCEBIADES BARBOSA DOS SANTOS
HELENA ALMEIDA DA CONCEIÇÃO

PERMISSÃO
ACC
CAEVAL
A

Nº REGISTRO
05788527526 VALIDADE
20/06/2017 1ª HABILITAÇÃO
24/05/2013

SEM OBSERVAÇÃO;

ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
26/05/2014

57308598926
CE142118460

DETALHES (CARTÃO)

FLS. 31
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

CONTRATO DE TRABALHO

Nº. INSC. CNPJ
EMPREGADOR 08397578/0001-35

CGC/CPF/CEI
EVA BRASIL INDUSTRIA DE
COMPOSICAO E CILINDROS LTDA.

ENDEREÇO
Rua Maria Nely Góes, 710
B. Tiradentes - CEP: 03.050-210

MUNICÍPIO
Duque de Caxias - RJ

CARGO
Bamburista

DATA DE ADMISSÃO 02 DE maio DE 2013

REGISTRO Nº 08 FLS. / FICHA 558

RENUNCIANTE
LUIZ SERGIO B. RODRIGUES
CPF 204.748.002-87

DATA DE SAÍDA DE DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

RENUNCIANTE

DATA DE SAÍDA DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

11

FLS. 32

SECRETARIA

1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

EU Antonio Carlos Almeida dos Santos CPF 617.322.223-04

VENHO POR MEIO DESTA, DECLARAR QUE ESTIVE PRESENTE NO ENDEREÇO Rua

James Tavares - Frente ao nº 137

OCAÇÃO DO ACIDENTE DA VÍTIMA Raimunda Nonata Batista F. Almeida

NO DIA 23 / 06 / 2015. SEGUE ABAIXO OS DETALHES DE COMO A VITIMA FOI
SOCORRIDA E LEVADA AO HOSPITAL QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO
MÉDICO: _____

A vítima foi socorrida de imediato
com o histórico descrito no Boletim
de Ocorrência.

ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS:

EU ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS 95029135423
CPF 017.322.223-04

EU Francisca Lúcia Batista Figueiredo 1519539-88
CPF 790.325.593-20

FLS. 33

SECRETARIA

DA 1ª VARA J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS

Eu, Raimunda Nonata B.F. Almeida, brasileira, Casada,
 cédula de identidade nº. 2005069053511 e CPF nº 04732067301, residente e domiciliado
 na Rua Jurez Tavora - 131,
 Bairro: J. Santana, Cidade: Juazeiro - CE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
23.02.2015, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
 todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
 documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
 similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
 poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
 abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
 me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
 jurídico pode ser provado mediante:
 III - testemunha;

Atenciosamente.

Juazeiro - CE, 21 de Maio de 2015.

x Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida
 Declarante:

Antonio Carlos Almeida dos Santos

Test. 1:

CPF: 617.322.223-04

Francisca Clelia Dantas Figueiredo

Test. 2:

CPF: 790.325.593-20

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos Almeida dos SantosRG nº 95024135423, data de expedição 24/05/2013Órgão SSPCE, portador do CPF nº 617.322.223-04, com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Juarez Távora, nº 137, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixomencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Reimunda Nellyta Batista Figueiredo cujo o condutor era Antonio Carlos Almeida dos Santos.Veículo: MotocicletaModelo: Honda CG 125 FANAno: 2008Placa: HYSC604Chassi: 9C2JC30708R152350Data do Acidente: 23.02.2015Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 21 de Maio de 2015

4º OFÍCIO

ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS
Assinatura do DeclaranteO declarante

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

José Francinaldo Lima
Escrevente Compromissado