

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180385547**

Vitima: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180385547**.

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 13285486



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ELISANGELA SILVA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180385547

Vitima: ELISANGELA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180385547**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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: _____ CPF da Vítima: **641.827.703-15** Nome completo da vítima: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELISANGELA SILVA FERREIRA	CPF titular da conta 641.827.703-15	Profissão REQUISOU-SE
Endereço RUA MANOEL AMORIM DOS SANTOS	Número 1324	Complemento CASA
Bairro CAMP ALEGRE	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARA
Email _____	CEP 63049-240	Telefone (DDD) (85) 988070712

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

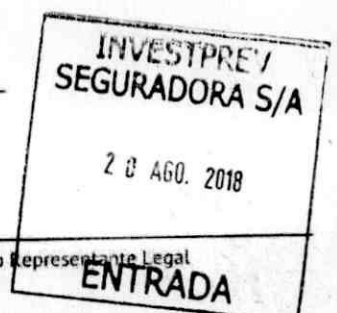
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: BRADESCO NRO: 237 AGÊNCIA NRO: 0455 D/V: _____ CONTA NRO: 0028076 D/V: 3 (Informar dígito se existir) (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.

J. DO NORTE-CE de 08 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Elisangela Silva Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Bradesco****Dia & Noite**

SEN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 035407

ELISANGELA SILVA FERREIRA 07:18 HRS
AGENCIA 0455 CONTA 0028076-3 29/MAT/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 176,31-
+ CONTA FACIL (C/C + POMP) 176,31-
TOTAL DE RECURSOS 176,31-

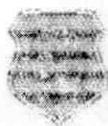
MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POMP)
-----NOVEMBRO/2017-----
DIA HISTORICO N. DOCTO VALOR
27 SALDO ANTERIOR 0,00
-----MAIO/2018-----
29 TARIFA BANCARIA 0010218 28,00-
CESTA FACIL SUPER
TARIFA BANCARIA 0010318 28,00-
CESTA FACIL SUPER
TARIFA BANCARIA 0020418 28,00-
CESTA FACIL SUPER
TARIFA BANCARIA 0020518 28,00-
CESTA FACIL SUPER
MORA CRED PESS 3210148 64,31-
SALDO TOTAL 176,31-

A impressao do extrato foi interrompida.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO 2018

ENTRADA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8688 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2018 09:15:12**
Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SALGUEIRO**
Complemento:
Bairro: **ROMEIRÃO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO DEMUTRAN**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**
Nascimento: **03/07/1981** CPF: **641.827.703-15**
RG: **96029521712** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DE LOURDES OLIVEIRA SILVA**
MANOEL FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL AMORIM DOS SANTOS, 1324**
Bairro: **CAMPO ALEGRE**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98884-3164**



Noticiante(s)

Nome: **ISRAEL ANDRE PINHEIRO**
Nascimento: **28/10/1983** CPF: **015.707.713-67**
CNH: **05312855806** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
Filiação: **MARIA DE JESUS DOS SANTOS PINHEIRO**
MANOEL ANDRE PINHEIRO
Endereço: **RUA RAIMUNDO MARQUES DA SILVA, 37**
Bairro: **FREI DAMIÃO** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **8862-8045**

Dados do(s) Veículo(s)

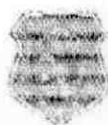
1) Placa: **0H1195** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4110CR559566** Renavam: **477005918** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ISRAEL ANDRE PINHEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia que possui carteira de habilitação (cnh nº 05312855806, cat. AB) e está nesta DRPC acompanhado da vítima. Afirma que na hora e dia acima informados, conduzia o veículo, acima descrito; trafegava na Av. Salgueiro, bairro Romeirão, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE. Ocorre que, um ciclista atravessou a sua frente e causou a colisão; QUE o noticiante/conductor sofreu pequenos arranhões, não necessitando de atendimento médico, que a vítima (que estava na garupa) sofreu fratura e corte no pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para Unidade de Pronto Atendimento/UPA24h, nesta cidade;

+ Elisangela Silva Ferreira + Israel Andre Pinheiro

Assinatura



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8688 / 2018

que dias depois procurou atendimento no Hospital Tasso Ribeiro Jereissati/Estefânia, também nesta cidade; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CNH DO CONDUTOR, CNH DA VÍTIMA, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA, IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL TRJ, CRLV E COMPROVANTES DE ENDEREÇO. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

x Elisângela Silva Ferreira.



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 interditada 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

ELISANGELA SILVA FERREIRA

CPF da Vítima

641.827.703-15

Data do Acidente

22-04-2018

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.

J. DO NORTECE 08 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Elisangela Silva Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

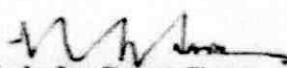


SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento à Sra. **ELISANGELA SILVA FERREIRA**, portadora do RG 0449965120121 inscrita no CPF 641.827.703-15, no dia 22/04/2018, às 6h47, no município de Juazeiro do Norte/CE, na Av. Salgueiro, no bairro Romeirão, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhada para a UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 12 de Junho de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Manoel Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
Base Juazeiro do Norte

INVESTPREV/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434

Nº DO CLIENTE
4965079-3
 Para obter mais informações, consulte o site www.enel.com.br
 sempre que entrar em contato conosco.

A Rede Social de Energia Elétrica
 localizada pela Lei nº 10.438
 de 20 de abril de 2002
enel
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Melvinho, 150
 CEP 60136-010 / Fortaleza - CE
 CNPJ 02042251/0001-70 / CGF 08.105.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **524112168**

Rota **04 13000 16 652570 - 4** Data de Emissão **07/05/2018**
 Nome **MARIA DE LOURDES SILVA FERREIRA**
 End. Postal **RU MANOEL AMORIM DOS SANTOS 01324**
CAMPO ALEGRE - JUAZEIRO DO NORTE - 63049240
 Medidor **1597609** Poste **0000 0000**
 Classe **01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO**
 RG / CPF / CNPJ **431348233-49** CGF

Nome do Responsável
DATAS
 Mês Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura
 Mai/2018 07/05/2018 07/06/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS	Valor
ICMS	4,95
FIC	3,17
OMIC	2,77

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Rel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4281	3919	1.00	100	0,00	0,00	0,00

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	39,87
JUROS DO MES	0,18
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,02
VIVA TRANQUILO PLUS - 0800 600 0560	17,90
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	38,14
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,18)	

VENCIMENTO **14/05/2018** **DATA DE PAGAMENTO** **07/11**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	20,30
Transmissão	1,69
Distribuição	1,15
Encargos Setoriais	3,13
Tributos (PIS/COFINS)	2,66
TOTAL	48,89

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

78	132	76	76	74	86	82	80	70	73	64	64
----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compare suas emissões com o consumo da energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) **51,53** Compensação kg (CO₂) **0,00** Compensação Ecológica (R\$CO₂) **0,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
 PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 REDE SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
 Chame os vizinhos e amigos e entre no grupo de WhatsApp
 de saúde, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.
 Confira esta fatura R\$ 2,66 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,74% e COFINS 0,39%
 (Lei nº 10.438, de 2002 e Resolução ANEEL nº 2.360/2018, de 22/04/2018 e 21/04/19. Exatidão em
 Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100kWh ultrapassados). Informações: www.eneel.com.br
 Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 1,96%, conforme Resolução
 Monoclassória ANEEL nº 2.360/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Exatidão em
 Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100kWh ultrapassados. Informações: www.eneel.com.br

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
20 AGO. 2018
ENTRADA



2º Via

Nº de Inscrição:

0021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Leitura: RU BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMEIRO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63.050-720

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 005

Quadra: 0129

Lote: 0143

Camp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
AGUA	A15F154259	109	109	0	0

DATAS

Leitura Atual: 12/07/2018

Emissão: 14/08/2018

Lacre Água: 9

Leitura Anterior: 12/06/2018

Próxima Leitura: 11/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Eugléas	141	141	022	141	141
Análises	144	144	144	144	144
Em conformidade	136	138	143	134	139

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	29,12	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1 0,58	AGO/2017	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 0,22	OUT/2017	0	0
		NOV/2017	0	0
		DEZ/2017	0	0
		JAN/2018	4	0
		FEV/2018	0	0
		MAR/2018	1	0
		ABR/2018	0	0
		MAI/2018	0	0
		JUN/2018	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,28
COFINS	1,43

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	29,92
VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	29,92

MÊS/ANO

07/2018

VENCIMENTO

03/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,92

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos

Outras



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

Mais 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: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 265 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0021732590

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 021

Setor: 5

Quadra: 0129

Lote: 0143

Camp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 03/08/2018

Total (R\$): 29,92

82640000000-4 29920009200-3 02173259001-9 02001131025-5



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 14/08/2018 11:52:52

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 / 23
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELISANGELA SILVA FERREIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 641.827.703/15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ELISANGELA SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 641.827.703/15 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		Número 09	Complemento CASA
Bairro ROMEIRÃO	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARÁ	CEP 63.050-720
Email LORDNALDO@YAHOO.COM		Telefone comercial(DDD) (88) 3512-4870	Telefone celular (DDD) (88) 988070712

J. DO NORTE CE 09 de AGOSTO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

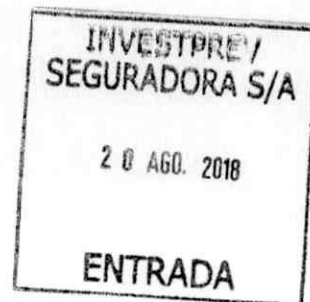
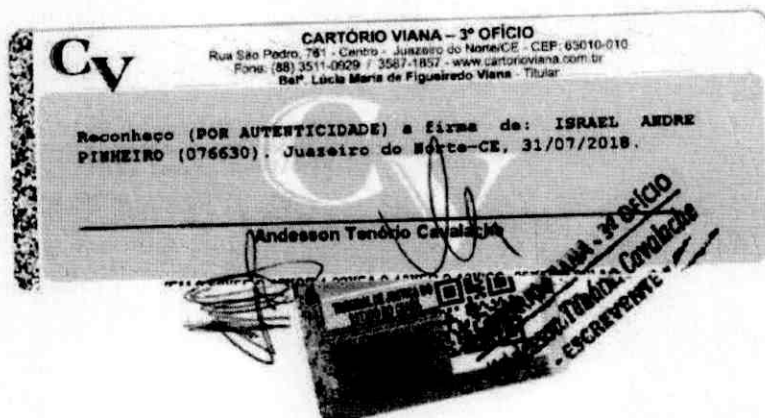
Eu, Israel Andre Pinheiro,
RG nº 2003034008581, data de expedição 17/10/2016,
Órgão DNT-CE, portador do CPF nº 015 707 713 67, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Beneditino Menezes da Silva, nº 0031,
complemento Faz. Damiao, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elisângela Silva Ferraes, cujo o condutor era
Israel Andre Pinheiro.

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda 160 125 Fan KA
Ano: 2012/2012
Placa: 011 1195
Chassi: 4C25C4110CR55
Data do Acidente: 22/04/2018
Local e Data: Juazeiro do Norte-CE 31/07/2018

3º OFÍCIO

Israel Andre Pinheiro
Assinatura do Declarante

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



**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

376986

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 22/04/2018
Hora: 07:14

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 149324 **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Responsável: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Mãe: **MARIA DE LOURDES OLIVEIRA SILVA**

Nasc: 03/07/1981 Idade: 36

Telefone: - Celular: (88) 98807-1003

Endereço: RUA VINTE E DOIS DE JULHO, 55, PIO XII - JUAZEIRO DO CEP: 63.020-328 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade 044996512012 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLIDINDO COM BICICLETA POR VOLTA DAS 6:40H DA MANHA DE HOJE

NEGA ALTERACOES NEUROLOGICAS APOS O TRAUMA.

REFERE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA ANTERIORMENTE.

DOR EM HALUX.

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

EGB, AAA, CORAD, CONSCIENTE, EUPNEICA.

ACV, AR, ABD FISIOLÓGICO

NUCA LIVRE

GLASGOW 15

LESAO CORTO-CONTUSO EM PE ESQUERDO.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 V299

FRATURA DO PÉ E

Tratamento

LIMPEZA LOCAL -

SUTURA SIMPLES - VAT

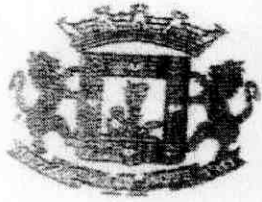
ENCAMINHO AO ORTOPEDISTA

ORIENTACOES GERAIS.

LOUYSIANE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17701 / CE

DR. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
Diretor Médico

14



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SUS/CE

HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATI



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Elizângela Silva Ferreira Nº:
Sexo: F Idade: 36 anos Endereço: R. 22 de Julho 45 Data de Nascimento: 03/07/81
CEP: Bairro: Pio XII Município: Data do Atendimento:

TPO DE ATENDIMENTO			ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE		ENCAMINHAMENTO A OUTRA UNIDADE	
13 ()	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24 ()	ALTA	35 ()	EXAME DE DIAGNÓSTICO	
25 ()	ENCAMINHAMENTO	37 ()	ÓBITO	49 ()	AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	
36 ()	PRIMEIRA CONSULTA	50 ()	ENCAMINHAMENTO PARA PROGRAMA	62 ()	INTERNAÇÃO	
32 ()	CONSULTA DE RETORNO	63 ()	INTERNAÇÃO	75 ()	T.E.D.	
58 ()	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA REFERENCIADA	76 ()	AUSENTOU-SE SEM CONSULTA			
70 ()	CONSULTA REFERENCIADA					
90 ()	1º ATENDIMENTO NO ANO					
94 ()	2ª UNIDADE					

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Ansiedade, insônia, nervosismo D. Jean
Classe

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Jean Lucena
TRANSITO - OSTEOPED
CRM 228805

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
20 AGO, 2018
ENTRADA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

a Cleia Amanda S. Pinheiro



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

1/ Euzeneia Silva Ferreira

Saúde.

2/ Verre Simões (E).

Im. fms. Kowx (E)

INVESTPREV/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

23042018

Lucena
Trib. Juiz. - Juazeiro do Norte - CE 9605

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

p/ Elaine S. Kanan

um oral

① Expropried 150, —
04 ao de n de

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO 2018

ENTRADA

22 04.18
Louysiane Landim
MÉDICA
CREMED 17701



Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220





Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Elizabete Lima Almeida

Urologia

2 Tomadas por dia
por 10 dias

Receita médica
Nº 1000000000

INVESTPREV/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

23042018

Jean Lucena
Tributário - Urologia
Juazeiro do Norte - CE 63005



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

1/ ELIZABETH SIM BEAGINS.

Sonoro

as ROBOBOT (E)

Im. Houx (E)

29052018

João Lucena
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO
FÍSICA - RUA CRISTÓVÃO COLARES, 1120

INVESTPREV/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013789741905
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRO EXERCÍCIO
YURI 01 477005918 0000000000 2017

NOME
ISRAEL ANDRE FINHEIRO

JUAZEIRO DO NORTE/CE

CNPJ
01570771367

PLACA
OII1195

PLACA ANT./UF
*****/CE

CHASSI
9C2JC4110CR559566

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

GPSOLINA

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/CG 125 FAN KS

2012

2012

CAP/POT/OL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/124CC

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

IPVA

//**

1ª

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

180.65

0.70

185.50

26/05/2017

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

JUAZEIRO DO NORTE

20/03/2018

Supervisor

DETRAN-CE

CE Nº 013789741905 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

01570771367

OII1195

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013789741905

01650087631

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2017

20/03/2018

VIA

CNPJ

PLACA

01

01570771367

OII1195

RENAVAM

MARCA / MODELO

477005918

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

CAL. FAB

Nº CHASSI

2012

09

9C2JC4110CR559566

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

81.29

9.03

90.32

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

4.15

0.70

185.50

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

26/05/2017

PROPRIETÁRIO

LOTE/DOC: 257565/ES LACRE: 010087

MOTOR: JC41E1C559566

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Elisângela Silva Ferreira
Nacionalidade: brasileira
Identidade: 044.946.512-0121 SSP/MA
Estado Civil: solteira
CPF: 641.827.703-15
Profissão: Comerciante
Endereço: Rua Manoel Amorim dos Santos 1324 Campo Alegre
CEP: 63049-240
Telefone: (88) 98884-3164

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

ELISÂNGELA SILVA FERREIRA

Juazeiro do Norte-CE 31/07/2018

Local e data

Elisângela Silva Ferreira

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

CV

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0929 / 3567-1657 - www.cartorioviana.com.br
Belª. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de ELISÂNGELA SILVA FERREIRA, CONFERIDO em 31/07/2018 em Juazeiro do Norte-Ceará.

Andresson Tenório Cavalcante

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Cavalcante
SECRETARIE

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

28 AGO. 2018

ENTRADA