

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2014 Autoatendimento 12:55:10
443371307 04335

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

AVOECIDO
CLIENTE JOAO EUDES DOS SANTOS
AGENCIA 1538-932-1 CONTA 23-932-1
VARIACAO 51
VALOR TOTAL 12.00
NR ENVELOPE 2.643.413.848

Valor sujeito a conferencia

DECLARO MEU CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
REDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA

Seja no verso como conservar este documento
entre outras informacoes

SABEM SEGURANÇA
14 JUL 2014
RIO DE JANEIRO



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
BOLETA DE OCORRÊNCIA Nº 483 - 0709/2014

Dados da Ocorrência

Endereço da Ocorrência: R. DA CONCEIÇÃO
Data e Hora da Ocorrência: 12/06/2014 12:40:00
Data e Hora da Comunicação: 18/06/2014 09:51:31
Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local de Referência: CRANAMUNTO COM RUA SÃO PAULO
CENTRO JUAZEIRO DO NORTE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS
Nascimento: 20/08/1981
RG: 98097021661 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 6299021312
Filiação: PEDRO JUSTINO DOS SANTOS
MARIA FUNICE DE OLIVEIRA SANTOS
Endereço: R. DA CONCEIÇÃO 006
CENTRO
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL
Telefone:

Histórico

Advertido das penas dos arts. 340 e 342 do CP, informa o declarante que na data local e horário acima informado viu a vítima do acidente visto a seguir o pé direito. E nada mais disse.
236790264, documentada em nome de JOSE JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR, quando uma moto de cor preta avançou o sinal, tendo o declarante freado para não se chocar contra a moto, tendo perdido o controle e caindo ao chão. QUE em seguida uma moto HONDA CG 125 TAN K2, 2013, vermelha, ORO 7713, classe AC31C4110DR413992, renavam fotografando uma moto HONDA CG 125 TAN K2, 2013, vermelha, ORO 7713, classe AC31C4110DR413992, renavam

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FELIPE DE CARVALHO PEREIRA - MAT: 193219-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

VISTO DO DELEGADO(A):

CICERO GIOVANI SOUZA DE AQUINO - MAT: 193259-1-1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Eudes Oliveira Santos, portador da carteira de identidade nº 037.22825686 e inscrito no CPF/MF sob o nº 629.690.213-15, residente e domiciliado na R. da Conceição, 606, Cidade J. do Norte, 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
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

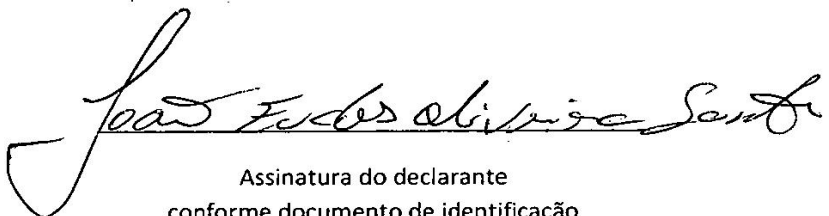
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

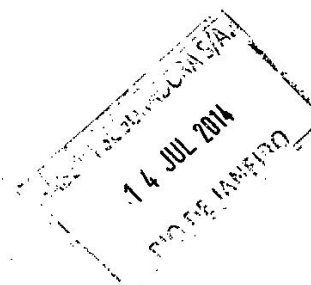
1004029




Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. do Norte-CE, 25/06/14

Local e data





Nº de Inscrição:
0021456097

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA L DE MELO TEIXEIRA
End. Entrega: RU DA CONCEICAO, 606, CENTRO
Cidade: JUAZEIRO
CEP: 63010-222
End. Entrega: JUAZEIRO
CEP: JUAZEIRO
Folha: 021 Setor: 012 Quadra: 0136 Lote: 0105 Comp: 0600
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: Medidor R07F282195
Leitura Anterior: 1571
Leitura Atual: 1590
Volume/m³: 19
Média Sanitária(m³): 28

DATAS

Leitura Atual: 22/04/2014
Leitura Anterior: 22/03/2014
Emissão: 22/04/2014
Próxima Leitura: 22/05/2014
Lacre Água:
Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Índice Amostras	Coro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Esc. Col. Coli
138	138	138	138	138	138
151	151	151	151	151	151
142	142	142	142	142	142

MENSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 118,06 CASO PAGO, DESCONSIDERAR.
VRC: NACAO CONTRA INFLUENZA DE 14/04 A 02/05/2014

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	30,72	ABR. 13	26	0
MULTA DE 2%	1,22	MAR. 13	25	0
JUROS DE 0,033% AO	0,54	JUN. 13	26	0
		JUL. 13	21	0
		AGO. 13	24	0
		SET. 13	33	0
		OUT. 13	32	0
		NOV. 13	35	0
		DEZ. 13	35	0
		JAN. 14	21	0
		FEB. 14	21	0
		MAR. 14	22	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,21	VALOR DO SERVIÇO	18,31
COFINS	0,24	VALOR DO SUBSÍDIO	7,63
		VALOR TOTAL A PAGAR	40,48

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2014	07/05/2014	40,48

OPÇÃO DE PAGAMENTO
Banco do Brasil - Agência de Juazeiro - Caixa Postal 1571 - Juazeiro - CE
Emissão e depósito em nome do usuário. O usuário é responsável por manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

CAGECE
CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 275 0195

155
OUVIDORIA DO ESTADO
CENTRAL DE ATENDIMENTO

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 3838.

14 JUL 2014
RIO DE JANEIRO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Registro: 41728 Atendimento Nº: 77161 Data/Hora: 15/06/2014/13:51
 Paciente: JOAO EUDES OLIVEIRA SANTOS Idade: 32
 Nasce: 20/08/1981 RG: 790414 Sexo: MASCULINO
 Endereço: RUA COENCEICAO 606 Bairro: CENTRO
 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
 Convênio: AFAGU Negociação: AFAGU Carteira: 14290 Val. Carteira: Fone:
 8897143016
 Profissão: AUTONOMO Atendente: MARIA DE FATIMA BESERRA
 Tipo de Atend: 1ª CONSULTA
 Médico Responsável: JOAO LEONARDO DE ALENCAR SAMPAIO 14899

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

RT após queda
 no 3º andar após cair de uma rede, onde
 a mesma caiu sobre o pé D.

Exame Solicitados:

RX de Pé D.

Diagnostico:

Trauma superficial em pé D.

Medicacao:

Procedimento:

Imobilização com Tala gesso

() Agudo () Crônico () Tempo Evolução () Meses () Anos

Previsão de Alta: / /

Curado ()

Melhorado ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito:

Causa:

Data:

João Eudes Oliveira Santos
 Paciente/Responsável

João Leonardo de Alencar Sampaio
 Médico Solicitante
 CRM 14899

PAGO
☒ - Consulta
☒ - Imobilização
☐ - Material
 DATA / /



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

JOAO Eudes OLIVEIRA SANTOS

DOCUMENTACAO / CREDENCIAL Nº 720414 CSM: CE

CPF 629.690.213-15 DATA NASCIMENTO 20/08/1982

RELACAO PEDRO JUSTINO DOS SANTOS MARIA EUNICE DE OLIVEIRA SANTOS

ACC: CENAL: A5

03722325686 05/10/2015 22/10/2005

SEM OBSERVACAO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 21/10/2010

61462343584 6123367034

PROIBIDA PLASTIFICACAO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

355491730

(88) 9735.0164

(88) 8807.0712

14 JUL 2011

PROIBIDA

14 JUL 2014



DETRAN - CE Nº 011511343113 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		VIA COD. RENAVAM 0000000000 EXERCÍCIO 2014	
NOME DOR CONTOS JUNIOR PLACAR 71 MARIÉ / CE		NOME DOR CONTOS JUNIOR PLACAR 71 MARIÉ / CE	
CFP/CNPJ 01302033352 PLACA/RN/UF 0RQ7713/CE		CHASSI 9C2JC4110DR413995 PLACA 0RQ7713/CE	
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAO APIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA		ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K'S CATEGORIA PARTIC		COR/PREDOMINANTE VERMELHA	
CAP/POT/CIL 2P/OCV/124CC COTA ÚNICA 1		VENC./COTAS 1	
FAIXA IRVA 2		PARCELAMENTO/COTAS 2	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04		IOF (R\$) 1,11	
PRÊMIO TOTAL (R\$) 130,15		DATA DE PAGAMENTO 19/05/2014	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL FUAZEIRO DO ADELA Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE			

DETRAN - CE Nº 011611343113 BILHETE DE SEGURO DPVAT		VIA COD. RENAVAM 0053679QZ64 EXERCÍCIO 2014	
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		DATA EMISSÃO 19/05/2014	
CFP/CNPJ 01302033352 PLACA 0RQ7713/CE		CHASSI 9C2JC4110DR413995 PLACA 0RQ7713/CE	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K'S ANO FAB. 2013		ANO MOD. 2013	
CATEGORIA PARTIC		COR/PREDOMINANTE VERMELHA	
CAP/POT/CIL 2P/OCV/124CC COTA ÚNICA 1		VENC./COTAS 1	
FAIXA IRVA 2		PARCELAMENTO/COTAS 2	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04		IOF (R\$) 1,11	
PRÊMIO TOTAL (R\$) 130,15		DATA DE PAGAMENTO 19/05/2014	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL FUAZEIRO DO ADELA Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE			



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2014

Carta nº: 4710078

A/C: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 2014561034
Vitima: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/06/2014
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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2014

Carta nº: 4917521

A/C: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 2014561034
Vítima: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/06/2014
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: JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001598-9

Conta: 000010023932-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

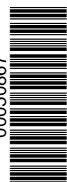
MODELO15

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO EUDES OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01598-9

CONTA: 000010023932-3

Nr. da Autenticação F33DF8D788F37AFB

**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): **JOÃO EUDES OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **2014561034** Data: **15/06/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua da Conceição, 606 - Centro - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63010-222**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **790414**

Data local do exame: [**07/08/2014**] **Juazeiro do Norte** [**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) **LESÃO E LUXAÇÃO NO PÉ DIREITO. DOR E DESCONFORTO NO PÉ DIREITO, COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO, DIFICULDADE DE MOVIMENTOS DE DORSOFLEXÃO 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? [**X**] 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? [**X**] 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. **SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ DIREITO.

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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 (**X**) 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.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.839.303-44
MÉDICO - CRM-CE 10.670

Rosenberg Pereira de Freitas - CRM: 10670 - CE