



ACTUS
Advogados Associados

"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Glauce Angela Pereira, brasileira, casada, autônoma, portadora do RG nº 3.693.282 SSP/PE e CPF nº 692.743.984-68, residente e domiciliada à Rua Antonio Adail da Nobrega, nº 166, bairro Triângulo, Quareiro do Norte/CE.

OUTORGADO: Dr. THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ARTHUR GOMES PONTES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 34.322, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio nº 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os(as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, enfim, de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA o outorgante, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que é pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 28 de Outubro de 2017

Glauce Angela Pereira



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170414605 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GEANE ANGELA PEREIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** GEANE ANGELA PEREIRA**CPF/CNPJ:** 69274398468**Posição em 24-08-2017 09:12:28**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)





Gmail

ESCREVER

Entrada (11)

Com estrela

Importante

Enviados

Rascunhos (73)

Junk



jose rodrigues



Prezado(a),

Segue abaixo a notificação de andamento do processo.

Vítima: GEANE ANGELA PEREIRA**Tipo:** Invalidez**Data do sinistro:** 07/11/2016**Número do sinistro:** 3170/414605**Data do andamento:** 09/08/2017**Fase do andamento:** Processo negado**Descrição:** MOTIVO: SEM SEQUELAS PERMANENTES

CONFORME ANÁLISE TÉCNICA: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA NÃO QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

Atenciosamente,

JUSEG DPVAT

Jussivânia - JUSEG

jussivania@jusegreguladora.com.br

(88) 99779-2255

Nenhum contato do

Hangouts

[Encontre alguém](#)Clique aqui para selecionar uma destas opções: ["Responder"](#), ["Responder a to](#)



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

fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8319 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/07/2017 08:24:55**
Data / Hora da Ocorrência: **07/11/2016 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA POETA JOSÉ BERNARDO DA SILVA**
Complemento:
Bairro: **TRIANGULO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GEANE ANGELA PEREIRA**
Nascimento: **29/06/1973** CPF: **692.743.984-68**
RG: **3693282** Órgão Emissor: **SSP/PE** UF:
Filiação: **ZULEIDE ANGELA PEREIRA**
ALCIDES BERTOLDO PEREIRA
Endereço: **RUA ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 116**
Bairro: **TRIANGULO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99979-0772**

Noticiante(s)

Nome: **ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE**
Nascimento: **05/03/1987** CPF: **009.918.283-13**
RG: **2002029177410** Órgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **VALDELICE FERREIRA DE ALBUQUERQUE**
JOSE DE ALBUQUERQUE MELO
Endereço: **RUA LUIZ DE FREITAS, 54**
Bairro: **TRIANGULO** CEP: **63.041-020**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8842-4591**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCL1096** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KD0550CR504456 Renavam: **347015298** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **ADALBERTO FERREIRA DE**
ALBUQUERQUE Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, o noticiante **ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE** [CNH: 03849744104; CAT: AD; VAL.: 17/07/2018, CÓPIA ANEXA]; conduzia a moto **HONDA BROS**, acima descrita [CÓPIA DO CRLV ANEXA]; QUE como passageira da moto estava a pessoa de **GEANE ANGELA PEREIRA** [ACIMA DESCRITA, E CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS EM ANEXO]; QUE vinham trafegando na Rua Poeta José Bernardo da Silva quando um carro invadiu a via do noticiante, ao desviar deste carro, chocou-se com outra moto, e com a batida a passageira **GEANE** caiu da moto; QUE o condutor do carro causador do acidente evadiu-se do local sem prestar o

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 18/07/2017 08:05:03

Adalberto Ferreira de Albuquerque
Vítima: Geane Angela Pereira



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8319 / 2017

devido socorro; QUE não sabe identificar qual era esse carro causador do acidente, nem quem era o condutor do mesmo; QUE em virtude do acidente o SAMU foi acionado; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU, conforme CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU [CÓPIA ANEXA], sendo encaminhada para a UPA DE JUAZEIRO DO NORTE; QUE na UPA foram realizados os primeiros atendimentos [ANEXA CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL]; QUE a vítima foi encaminhada para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI e HRC; QUE segundo a FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC [CÓPIA ANEXA], a vítima deu entrada no HRC no dia 07/11/2016, pelas 21:01h; QUE a vítima apresentou a lesão descrita no atendimento médico da FICHA DE ATENDIMENTO do HRC; QUE no dia 21/11/2016 a vítima retornou ao HRC, conforme FICHA DE ATENDIMENTO [CÓPIA ANEXA]; 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 está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO DE ARAUJO SILVA NETO - MAT.: 300222-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Adalberto Ferreira de Albuquerque

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

Vítima: Glauco Angela Pereira



**CAIXA**
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA JUAZEIRO DO NORTE
DATA: 19/07/2017 HORA: 12:45:59
TERMINAL: 35871010 CONTROLE: 358710100454

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.03.118.696-0
NOME : JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.066.270-0
NOME : ROSENIRA SOARES DE CASTRO

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 19/07/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
 Profissão: CUZINHEIRA, portador(a) do RG 3693282, órgão expedidor SSP PE
 e do CPF: 69274398468, residente no(a) RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA
 nº 166, bairro: TRIANGULO, município: JUAZEIRO DO NORTE - CE.

OUTORGADO:

Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECUSO INFORMAR, portador(a) do RG 2001029128640, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 005.639.753-42, residente no(a) RUA FRANCISCA PEREIRA DE MELO
 nº 19 'A', bairro: FREI DAMIÃO, município: JUAZEIRO DO NORTE / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima GEANE ANGELA PEREIRA.
 Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE.

Geane Angela Pereira
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

5º OFÍCIO



CPC

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Rua do Cruzeiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3512-5236/3512-5255

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA - Substituto / ROSA DE DÍLIS CARVALHO ROCHA / DANIELLE CARVALHO DE QUEIROZ ROCHA - Substituto

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: GEANE ANGELA PEREIRA. DOU FÉ. Juazeiro do Norte - Ceará, 28/06/2017.

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO - Juazeiro do Norte/CE
 Carolina M. de Carvalho Gomes
 ESCRITURA E AUTORIZAÇÃO

VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 07/11/2016

Hora: 19:55

Data de Saída: 07/11/2016

Hora de Saída: 19:55

Paciente

Nome: 8486 GEANE ANGELA PEREIRA

Responsável: GEANE ANGELA PEREIRA

Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA

Endereço: ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 166, TRIÂNGULO -

Nasc: 29/06/1973

Idade: 43

Telefone: (88) 8833-7122 Celular: (88) -

CEP: 63.000-000 Natural: PAULISTA PE

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 3693282

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 DE TRANSITO REFERINDO-SE DOR NO CORPO

Antecedentes Médicos

Exame Físico

CONCIENTE
ORIENTADO

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10

V293

TRAUMA

Tratamento

RX,
ANALGÉSIA
ENC PARA ESPECIALIDADE

Dr. Antonio Reinaldo da Silva
Médico
CRM: 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA
CRM: 11023 / CE

Diretor Médico

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA
Pront.: 42957 Data Nasc.: 26/06/1973 Idade: 43 ano(s) 4 mes(es) e 11 dia(s) Admissão: 07/11/2016 21:01
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA Tel.: 88 88337122
Sexo: Feminino RG: 3693282 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: TRIANGULO
Endereço: RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 07/11/2016 21:04
Queixa: paciente encaminhada da upa, vítima de acidente de trânsito, queixa-se de dor em região patelar esquerda e ms,
nega outras queixas
Fis. Exame: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: GETULIO KAHLIL AMBROSIO GOMES CRM: 6 Nº: 349270 Horário 07/11/2016 21:15
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO
ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO PATELAR ESQUERDA COM
PROVÁVEL FRATURA EXPOSTA DA PATELA.
CD: RX DO JOELHO ESQUERDO
AVALIAÇÃO E CONDUTA DA TRAUMATOLOGIA

*Dr. 20. De as evidências de fratura
ou luxação patelar.*

EXAME

Nome

Data Solicitação

Urgente

Situação

Mecanismo intenso preservado

Médico: *Dr. 20. de T.O.*

PRESCRIÇÃO

Horário:

Ringer Lucena Monteiro
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 12.711 / R. 19.199
1101-12387



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



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



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Jaime Lygia Pinheiro

PRONTUÁRIO:

21102118

Acid pt. lesões contuso-contusas no joelho @
(direito).

Não houve erro no tratamento, somente
na grafia da lateralidade.

DR. Samir Samaan Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 10346 / TEOT 13.899

DATA:

21,02,18

MÉDICO | CREMEC

[Hospital Regional do Cariri | Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162 | CNPJ: 05.268.526.000 -2 -1]



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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. **GEANE ANGELA PEREIRA**, portadora do RG 3.693.282 e inscrita no CPF 692743984-68, no dia 7/11/2016, às 19h27, no município de Juazeiro do Norte/CE, na rua Poeta José Bernardo da Silva, no bairro Triângulo, vítima de colisão moto com moto, 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, 30 de Junho de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433-7434 Fax: (85) 3260-2061
E-mail: samu192@saude.ce.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA Admissão: 21/11/2016 15:52
Pront.: 42957 Data Nasc.: 26/06/1973 Idade: 43 ano(s) 5 mes(es) e 20 dia(s) Tel.: 88 88337122
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA
Sexo: Feminino RG: 3693282 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP Bairro: TRIANGULO
Endereço: RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário 21/11/2016 15:57
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 15 DIAS. APRESENTA DOR E EDEMA EM JOELHO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: EDEMA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 3 Pulso/FC:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/11/2016 15:57:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	EDEMA	VERDE	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

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

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.693.282 DATA DE EXPEDIÇÃO 12.01.2004

GEANE ANGELA PEREIRA

Aloides Bertoldo Pereira
Zuleide Angela Pereira

NATURALIDADE PAULISTA-PE DATA DE NASCIMENTO 29.06.1973

CN 58416 LIV. 98 FLS 101 CART. DE PAULISTA - PE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E12CLA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E200008281

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁMIES BULL

 

Geane Angela Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPLEMENTAR DE INSCRIÇÃO AO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DEVE SER GUARDADO NOS CASOS LEGISLADAMENTE DETERMINADOS. PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PRECISAR A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARTELA DO AGENTE EMISSOR

Sandra Mª Pereira de Alcântara

NOTA: NATURALIDADE E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DEVEM SER APROVADOS POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

692743984 68

NOME COMPLETO
GEANE ANGELA PEREIRA

NASCIMENTO
29.06.73

ASSINATURA
GEANE ANGELA PEREIRA

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 65924 Série 00051



Gláucia Angela Pereira
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Gláucia Angela Pereira
Loc. Nasc. paulista
Filiação Gláucia Pereira
Data 27/06/1973
Doc. Nº RG 3625282 SSP RJ 18.01.2004

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 12/03/2004 DRT RJ
Beckembauer Gomes Bezerra
Assinatura do Funcionário

BECKEMBAUER GOMES BEZERRA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012410765337

54905326424

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD

012410765337

01

347015298

0000000000

ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE
RUA LUIZ DE FREITAS, 00054
CASA - TRIANGULO
63000000 - JUAZEIRO DO NORTE/CE

00991828313

OCL1096

JOSE BELARMINO SANTOS DO NASCIMENTO

*****/CE

9C2KD0550CR504456

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ES

2011 2012

OCV/149CC

FARTIC

LARANJA

MOTOR: KD05E5C504456

JUAZEIRO DO NORTE

14/04/2013

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012410765337

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD

01 347015298

0000000000

2015

ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE

JUAZEIRO DO NORTE/CE

00991828313

OCL1096

***** CE

9C2KD0550CR504456

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ES

2011

2012

2F OCV/149CC

FARTIC

LARANJA

PREMIO TAXA ANUAL

00/00/00

JUAZEIRO DO NORTE

14/04/2013

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

ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE

DOCUMENTO ORG EMISSOR DV
2002029177410 SSP DE CE

CPF 009.918.283-13 DATA NASCIMENTO 05/03/1987

Nome JOSE DE ALBUQUERQUE
Melo
VALDELICE FERREIRA DE
ALBUQUERQUE

PERMISSÃO ACC CATIA AL

VALIDADEZ 01/04/2006

EXERCE ATIV REMUNERADA

LOCAL
CRATO, CE

DATA EMISSÃO
30/08/2013

84986011260
CE136771372

ASSINATURA DO DETRAN (CLARA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

693376577

PROIBIR PLASTIFICAR

693376577

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS OLEGARIO CAVALCANTE PINHEIRO, liberado nos autos em 08/06/2018 às 12:37. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00055136-02.2017.8.06.0112 e código 37DA5F53.

6574485-3

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

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coelce
agora é enel

fls. 24

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

459169895

Rota 16 13000 08 026655 - 5 Data de Emissão 26/12/2016

Nome ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE

End. Postal RU LUIZ DE FREITAS 00080
TRIANGULO - JUAZEIRO DO NORTE - 63040745

Medidor 1609698

Poste 0000 B18E

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 009918283-13

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2016	26/12/2016	23/01/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês Out/2016 EUSD 6,73

ICMS

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

Padrão Individual Apuração Individual

	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,36			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

61AE,3BFA,A173,7FC5,7843,8FC9,9448,0940

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1626	1625	1,00	1	0,00	0,00	0,51000	15,31
26/12/16	24/11/16		32 DIAS		30		15,31

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	15,31
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	15,54

VENCIMENTO

02/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,85

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,26
Transmissão	0,23
Distribuição	0,23
Encargos Setoriais	1,62
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,97
TOTAL	15,31

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	88	1	4	2	3	6	9	151	158	202	170	175	178
MEI	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

12,97

0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

FATURADO TAXA MINIMA.

Consta desta fatura R\$ 0,97 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9 Res. 100/2005 - INEL e leis n. 10.117/02 e 10.891/03)

Nº do Cliente:

6574485-3

Referência:

Dez/2016

Data de Emissão:

26/12/2016

Total a Pagar (R\$):

30,85

Nº da Nota Fiscal:

459169895

Nº de Controle:

0006574485 00023 39252 08

83890000000-5 30850031000-3 00065744850-8 00233925239-8



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**Eu, Glauce Angela PereiraRG nº 3.693.282, data de expedição 12/01/04, Órgão SSP/PE,CPF nº 692.743.989-68 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 Antonio Adail da Nobrega</u>
Número	<u>166</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Triângulo</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Glauce Angela Pereira

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de 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.

Glauce Angela Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



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, _____
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- 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;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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.

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 _____
 LOCAL E DATA

Angela Pereira
 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.