



00000

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 -- Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Marcos Bonieck (Alineira) ^{bimra}, portador(a) do

RG nº 2000028071035, expedido por SSP/CE, em

20/05/2000, CPF/CNPJ nº 007.074.923-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Raimunda

Rodrigues de Alineira do sinistro de DPVAT da natureza imortalidade

da vítima Raimunda Rodrigues de Alineira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informou Renda Mensal: R\$ não informou

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR 2017
Geite Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Arlândia - Fortaleza - CE

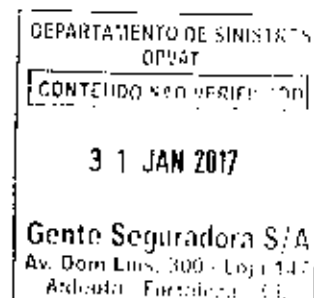
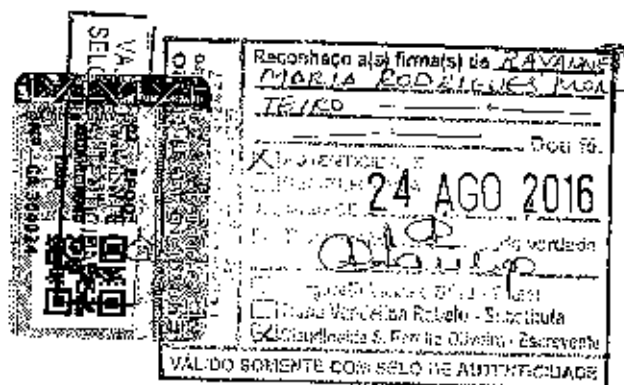


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maryanne Maria Rodrigues Monteiros
RG nº 2009010175355 data de expedição 17.04.2009
Órgão - portador do CPF nº 02481752384 com
domicílio na cidade de Jaguariúna no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Hilbertino Sabino Ribeiro 413 nº -
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima x Raimunda Rodrigues de Oliveira cujo o condutor era
x Raimunda Rodrigues de Oliveira
Veículo: MOTO
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2013
Placa: 05N42931EE
Chassi: 9E2JG4820CR328437
Data do Acidente: 02.08.16
Local e Data: 00ab. 02.08.16

Maryanne Maria Rodrigues Monteiros
Assinatura do Declarante

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



31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 100 - Cap. 147

DETRAN

CONTRIN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459121972
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 Cód. RENAVAM: 00515882135 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2016

NOME: RAYANNE MARIA RODRIGUES MONTEIRO

JAGUARIBARA /CE

CPF/CNPJ: 02481752384 PLACA: 0SN4291/CE

PLACA ANT./UF: /CE CHASSI: 9C2JC4820CR328417

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP./POT./CIL: 2P/OCV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PRECROMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1% VENC. COTA ÚNICA: 2% VENC. COTAS: 3%

FAIXA I.P.V.A.: 1% PARCELAMENTO / COTAS: 3% PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 4,15 IOF (R\$): 1,11 PRÊMIO TOTAL (R\$): 5,26 DATA DE PAGAMENTO: 22/04/2016

OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: JAGUARIBARA DATA: 26/04/2016

Assinatura: Igor Pente
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 012459121972 BILHETE DE SEGURO DPVAT

012459121972
RECIBO CE Nº

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 26/04/2016

VIA: 01 CPF/CNPJ: 02481752384 PLACA: 0SN4291

RENAVAM: 00515882135 MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2012 CAT. TARE: 09 Nº CHASSI: 9C2JC4820CR328417

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 129,04 DENATRAM (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 1,11 TOTAL A PAGAR (R\$): 292,01

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE DURAÇÃO: 22/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 09.249.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC48E2C328417

01360

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE DE ASSINATURA

01360
0SN4291
Cód. RENAVAM: 00515882135
83713 01104





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Raimunda Rodrigues de Oliveira		Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	Solteira		Carteira de Identidade:	265156394
CPF nº:	430.648.753.00	Profissão:	vigilante	
Endereço:	R. Hildeberto Salazar Ribeiro 413			
Bairro:	conjunto caixa	Cidade:	Jaguaripe	Estado: Ceara
				CEP: 63475000

OUTORGADO:

Nome:	Márcio Bonuski Oliveira Lima		Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	casado		Carteira de Identidade:	3000028071035
CPF nº:	007.074.923.00	Profissão:	empresário	
Endereço:	Rua 7 de Agosto 16			
Bairro:	praia	Cidade:	pedra branca	Estado: Ceara
				CEP: 63630000

Por este instrumento particular de procuração, O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

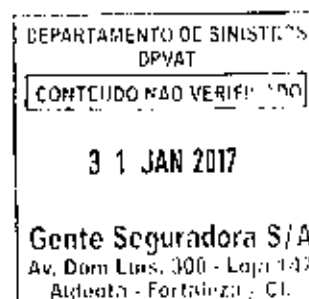
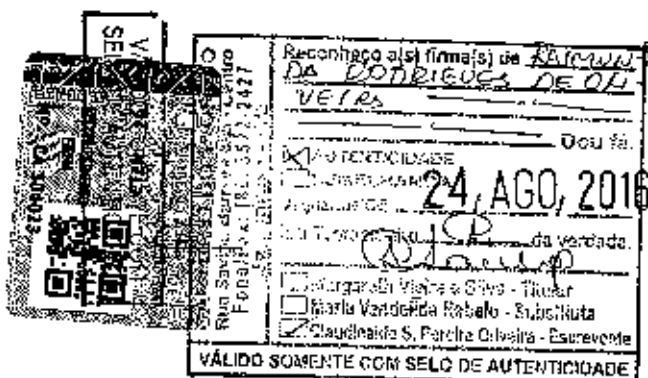
OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

Jaguaripe - CE. 23 de Agosto de 2016.

X Raimunda Rodrigues de Oliveira

OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170078962 **Cidade:** Jaguaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FCC EM JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

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

PRESTADOR

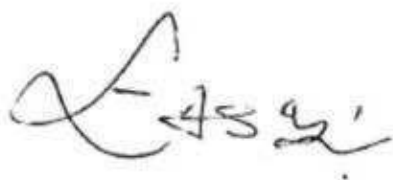
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10494550

A/C: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170078962 ASL-0046328/17
Vitima: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 02/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

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 a 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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10775786

A/C: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170078962 ASL-0046328/17
Vitima: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 02/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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.

FU Raimunda Rodrigues de Oliveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 265156394 EXPEDIDO POR SPPL/CE EM 10/11/94 E
CPF 430641753-00 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO Viz. lanch
E RENDA MENSAL DE R\$ 28000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimunda Rodrigues de Oliveira 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.

OPVAT
CONVÊNIO Nº 0000000000
3 1 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Elói, 300 - Lapa
Rio de Janeiro, RJ

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0749 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01345270-4

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.

Jaguaripe, 24 de outubro de 2016 x Raimunda Rodrigues de Oliveira
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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG JAGUARIBE

DATA: 19/08/2016

HORA: 10:42:49

TERMINAL: 07491002

CONTROLE: 074910020043

AGÊNCIA: 0749 - JAGUARIBE

CONTA: 013.00045270-4

CLIENTE: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

000000

Agosto

08/08	080856	DP DIN LGT	000000
-------	--------	------------	--------

08/08	081724	SAQUE ATM	000000
-------	--------	-----------	--------

RESUMO EM 18/08

SALDO

000000

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

000000

000000

000000

SE VOCÊ INDICOU A CAIXA NA DECLARAÇÃO DE
IMPOSTO DE RENDA, ANTECIPE SUA
RESTITUIÇÃO. PROCURE UMA AGÊNCIA CAIXA.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DOVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Lapa 142 Atendimento - Furtividade



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 1352 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 11:33:30**
Data / Hora da Ocorrência: **02/08/2016 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA HIDELBERTO SABOIA RIBEIRO**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO COHAB** Município: **JAGUARIBE/CE**
Ponto de Referência: **384558**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA**
Nascimento: **30/07/1977** CPF:
RG: **265156394** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RAIMUNDA RODRIGUES MACHADO**
GENÉSIO CUNHA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA HIDELBERTO SABOIA RIBEIRO, 413**
Bairro: **CONJUNTO CAIXA**
Município: **JAGUARIBE/CE**
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UF: **CE**
CONTENDO NÃO PERICULOSO
31 JAN 2017
CEP:
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - 1º and - 141
Aldeota - Fortaleza, CE

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSN4291** Uf: **CE** Município: **JAGUARIBARA** Chassi: **9C2JC4820CR328417**
Renavam: **515882135** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125**
ES Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor:
PRETA Proprietário: **RAYANNE MARIA RODRIGUES MONTEIRO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Regional, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB., comunicou que no dia 02/08/2016 por volta das 18hs conduzia a motocicleta acima descrita pela Rua Hidelberto Saboia, conjunto Cohab, Jaguaribe-CE, quando ao desviar de um buraco veio a colidir o pneu dianteiro em uma pedra solta, perdendo o controle da moto, vindo a cair ao solo; QUE em virtude da queda a declarante teve um corte no joelho esquerdo; QUE foi socorrida para o hospital local, onde foi suturado; QUE possui habilitação para conduzir motocicleta, CNH nº 01996842581 CAT. AB; QUE nada mais disse..//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE

Darley Levy C. Peixoto
Escrivão de Polícia
Mat. 198.223-1-1

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DARLEY LEVY CAVALCANTE PEIXOTO - MAT.: 198223-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Raimunda Rodrigues de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

ADRIANO FELIX DE SOUSA NETO - MAT.: 198378-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Raimunda Rodrigues de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 265156394 e inscrito no CPF/MF sob o nº 430.641-753-00, residente e domiciliado na R. Michelberto Sabosa Ribeiro N.º 413, Cidade Jaguaripe, Estado ceara, 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:

- (x) 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.

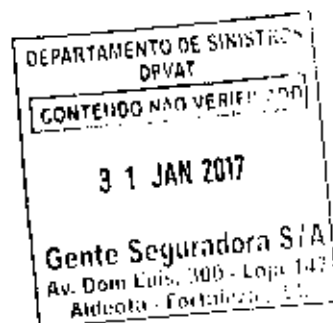
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Raimunda Rodrigues de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaguaripe 24-10-2016

Local e data





HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE
PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE
CNPJ: 07.443.708/0001-66
BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe - Ce

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Raimundo Rodrigues de Oliveira
Sexo: M () F (x) Data de Nascimento: 30/04/1977
Raça/Cor: Negra CNS: 210 1022 8503 0001
End. Residência: R. Antônio Costa 413
PSF: Cruzeiro

DADOS DA CONSULTA

Data: 02/03/18 Hora da Chegada: 18:28 T: _____
Hora do Atendimento: _____ PA: _____

QUEIXA PRINCIPAL

F. L. com dor de barriga

SINAIS E SINTOMAS

Dores Abdominal Acid de estômago

SELO DE

A presente cópia fotostática confere com a original que me foi extrairdo
Dou fé
Jaguaribe-Ce 17 AGO 2016
Em testemunho da da verdade
Fátima Maria Barbosa
Tabellê
Valido Somente com o selo de autenticidade

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Acid de estômago

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lapa 1-13
Aldeota - Fortaleza - CE

CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐
Transferência ☐ Internação ☐

DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE
☐ LIQUIDA ☐ BRANDA
☐ PASTOSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Curas

Dr. José Geraldo V. M. Barros

Dr. José Geraldo V. M. Barros

Médico CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

ASSINATURA DO MÉDICO

Raimundo Rodrigues de Oliveira

ASSINATURA DO PACIENTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Rodrigues de Oliveira

RG nº 265156394, data de expedição 10/11/94, Órgão SPR/ce,

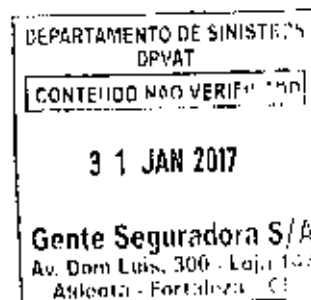
CPF nº 430.641.753-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Hildeberto Saboia Ribeiro</u>
Número	<u>413</u>
Apto / Complemento	<u>/</u>
Bairro	<u>conjunto cascat</u>
Cidade	<u>Jaguaripe</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>63.475.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3515-1630 ou 99050065</u>
E-mail	<u>Bernickpachalremca@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jaguaripe 24-10-2016

Assinatura do Declarante: X Raimundo Rodrigues de Oliveira



PAR O CLIENTE

930196-8

Para obter o seu boleto, consulte o site: www.gente.com.br

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00125-040 - Fátima CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEF 06.155.848-3

A Tabela Social de Energia Elétrica
Trinidade de São Paulo, 10.459,
de 20 de abril de 2007

000000

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 - SÉRIE B1 - L1 - N

Rota 15 17000 20 071000 03 Data de Emissão 22/07/2016

Nome GENI RODRIGUES DE OLIVEIRA

End. Postal HILDEBERTO SABOIA RIBEIRO 00413
- JAGUARIBE - 63475000

Medidor 5326200

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 430586713-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência: Jul/2016
Data de Apresentação: 22/07/2016
Previsão Próxima Leitura: 23/08/2016
ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta
Conjunta: JAGUARIBE
Mês: Jul/2016
2380 52,69

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
Base de Cálculo (R\$): 190,61
Alíquota: 27,00%
Valor do Imposto: 51,46
DIO: 5,73
FIC: 8,36
DMIC: 3,37
Mês: Jul/2016
Trim: 11,58
Anual: 23,16
Mês: Jul/2016
Trim: 8,08
Anual: 16,16
Mês: Jul/2016
Trim: 2,66
Anual: 5,32

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anual	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
55797	66435	1,00	272	3,30	272	0,70479	190,61
22/07/16	22/07/16	50 1168	272				190,61

VALOR CONSUMO DO MES 190,61
MULTA MORATORIA REF 06/2016 3,50
JUROS DO MES 0,35
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 53,08

VENCIMENTO 01/08/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 227,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Emprego	Transmissão	Distribuição	Perdas Técnicas	Perdas Comerciais	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas	Perdas Não Técnicas
68,51	2,89	29,89	14,61	61,33	13,31	254	277	247	236	235	237
						248	268	254	256	251	266
						285					

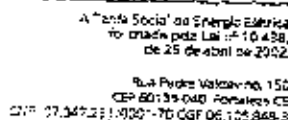
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - EMISSÃO DE CO2 (kgCO2/kWh)

Consumo de energia elétrica (kWh) 117,56
Consumo de energia elétrica (kWh) 0,00
Consumo de energia elétrica (kWh) 117,56

Informações importantes e avisos de vencimento

Consta nesta fatura R\$ 5,87 referente a PEE e COFINS.
Para: 5 R\$ 1,88 - ANEL 4 R\$ 10,00 - ANEL 4 R\$ 10,00 - ANEL 4 R\$ 10,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
RPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Alagoinha - Fátima - CE



COSTO DE ENERGIA ELÉCTRICA (GRUPO S.I. SERIE G-4) EN

Rota	07 14030 07 062790 - 6	Data de Emissão	10/09/2015
------	------------------------	-----------------	------------

Name MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

End. Postal RU 9 DE AGOSTO 00016 00016

BAIRRO DA PRAINHA - PEDRA BRANCA - 63630000

bidder 761139

Paste ~~0000~~ A23N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 007074923-00

CGF

Nome do Responsável

DATA

Mês de Referência	Data da Apresentação	Presença Produção Cultural
Set/2015	10/09/2015	09/10/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Traja a legenda do verso desta carta
de 1540. **53/10/19 1540**

Conjunto SENHOR PADRE
Jul 2015

Notes

3150 32.19

11月1日 星期三

4100 10/1/12

KMS				DICKIE 0.66 P						
Base	Índice (RS)	Aliquota	Valor do Imposto	Pessoa Física			Apuração Individual			
1	2	3	4	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
12.000		27,88%	33,45	DIC	5,55	11,11	22,22	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL				FIC	3,42	5,35	13,79	0,00	0,00	0,00
1098.0400.0400.3557.8575.7134.0896.0075				DMIC	3,28			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMIDOR

Less: Attrib	Less: Attrib	Comp.	Consump (kWh)	Comp. Inc.	Comp. Net	Totals (kWh/kWh)	Value (RS)
9511	5349	1.88	152	2.02	162	0.49630	2.00
18/09/15	18/08/15		31 D165		162		112.00

DESCLAICHIO

VALOR CONSUMO DO MES	112,80
MULTA MORATORIA REF 08/2015	2,39
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	21,45
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,10)	

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	52,28
Transmissao	1,81
Distribuicao	28,93
Encargos Setoriais	2,91
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	35,17
TOTAL	112,68

HISTÓRICO DE CONSUMO

[illegible]CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (KG/KWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecomov

Emitted $\log(\text{CO}_2)$	Compensated $\log(\text{CO}_2)$	Compensation Ecological % CO_2
70,02	0,00	-

informações importantes e avisos de vencimento

Bençeira Tarifário: VERMELHA

*Censou desta fatura R\$ 5.72 referente a PIS e COFINS

Appl. Polym. Symp. 108:253-5 - 1963. 14 pp. 12 figs. 18,527-02 p 18,622-02

Para Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DE DATOS

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Lias, 300 - Loja 147
Arlenda - Fortaleza, CE