

FLS. 12

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. D. NORTE - CE

ACTUS

Advogados Associados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE Ana Patrícia Barreto Almeida, brasileira, portadora do RG nº: 2002034050555 SSP/CE e do CPF nº: 007.124.633-89, residente e domiciliada a Rua CTR Yopi Sabino Pereira, nº 239, Antônio Velez, Juazeiro do Norte/CE

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

Barbalha-CE 14 de julho de 2016

Ana Patrícia Barreto Almeida
OUTORGANTE

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

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Ana Patrícia Barreto Almeida

Estado civil solteira, portador do RG
nº 2007034050555 SP/CE e inscrito no CPF sob nº
007.124.633-99, residente e domiciliado à
CTA José Salomão Pereira, n-239, Antônio Pereira,
nos termos da Lei, e para os devidos fins, DECLARO que sou
pobre na acepção jurídica o termo, não dispondo de condições
econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício
do sustento próprio e da minha família.

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

Baculha / CE, 29 de Dezembro 2014

Ana Patrícia Barreto Almeida

Declarante



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

FLS. 34 fls. 14
SECRETARIA
JA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1761 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/01/2015 10:25:07
Data / Hora da Ocorrência : 15/01/2015 11:00:00
Endereço da Ocorrência: AV PE CÍCERO

SANTA TEREZA JUAZEIRO DO NORTE /CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO MTD

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
Nascimento : 05/07/1973
RG: 2002034050555 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 00712463399
Filiação: FRANCISCO ASSIS BARRETO
LETICIA RIBEIRO DE CASTRO BARRETO
Endereço: R CONSTR JOSE SABINO 239
ANTONIO VIRIRA
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL
Telefone: 88-88796649

Histórico

Advertido das Penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a vítima/noticiante QUE sofreu acidente de trânsito quando trafegava num ciclomotor Honda/pop100 de placa ORY-1453, CHASSI 9C2IIB0210DR430045, RENAVAL 544235029, e colidiu com um automóvel que trafegava na contra mão de direção, vindo a sofrer fratura no braço esquerdo socorrida para o HRC, licenciada no nome de Lídice Maria de M Santana. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

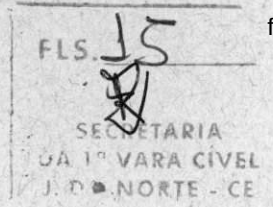
JOSE DEIMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

x Ana Patricia Barreto Almeida

VISTO DO DELEGADO(A):

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198445-1-X

**EVOLUÇÃO**

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA Prontuário: 49387 Admissão: 15/01/2015
Data Nasc.: 05/07/1973 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 16 dia(s) Telefone:
Mãe: LETICIA RIBEIRO DE CASTRO
Sexo: Feminino RG: 2002034050555 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA PROFESSORA MARIA PEDRINA 465

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: THAIS ALVES DE OLIVEIRA Horário: 11:28
Queixa: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE CARRO COM MOTO, RELATA DOR EM BRAÇO ESQUERDO,
SONOLÊNCIA E ESTÁ GESTANTE DE 3 MESES
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº 230279 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: TRAUMA NO COTOVELO ESQUERDO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA REFERINDO DOR NO COTOVELO ESQUERDO COM
LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
15/01/2015 11:28:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	THAIS ALVES DE OLIVEIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO E AP/P (0204040078)	15/01/201 11:45	Não	Realizado
RX COTOVELO E AP/P (0204040078)	15/01/201 13:00	Não	Cancelado

PRESCRIÇÃO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL CRM: 10498 15/01/15 13:01

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



Ft. Fabricio Bezerra Macêdo

CREFITO: 192304 - F
FISIOTERAPIA GERAL

fls. 17

FLS. 17

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

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DNAT, QUE A
PACIENTE ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA, AGENTE DE
SAÚDE, COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRAUMA EM
COTOVELO ESQ., COM TRATAMENTO DE IMOBILIZAÇÃO
● GESSADA E MEDICAMENTOSO, DEVIDO A ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO NA DATA 15/01/15 SEGUNDO PRON-
TUÁRIO HOSPITALAR.

PACIENTE SE ENCONTRA COM DEFORMIDADE EM
COTOVELO "E" (SEMI-FLEXÃO); APRESENTA DOR EM COTO-
VELO E EDEMA RESIDUAL; DÉFICIT DE ADM EM FLE-
● ão (90°) DE COTOVELO "E" E SUPINAÇÃO; DÉFICIT
NAS. AVD'S (PENTEAR-SE); FRAQUEZA MUSCULAR DE
mm. BÍCERS (GRAU 4).

SE ENCONTRA DE ALTA DEFINITIVA.

POR SER VERDADE FIRMAMOS O PRESENTE.

Fabricio B. Macêdo

15/04/15

Fabricio Bezerra Macêdo
Fisioterapeuta
CREFITO: 192304-F

Juazeiro do Norte - CE

(88) 9696-1058

RENATA		BARGA / SÓFIO	
ANO FAB	VAL. TARIF	T. PASSI	
PRÊMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	DE NATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	01/07/2018	
Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT S/A CNPJ 09.248.608/0			

CE Nº 0100030000		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CPF / CNPJ		EXERCÍCIO	PLACA
33658041391		2013	0273465

BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CE Nº 0100030000	EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2013	02/06/2013
CPF / CNPJ	PLACA

SECRETARIA
 1ª VARA CÍVEL
 J. D. NORTE - CE
 FLS. 18
 18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 01000550005

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTC	EXERCÍCIO
RATF 01	5402310281	0000000000	2013

NOME

LIDYCA VIEIRA DE S. SANTANA

JUAREZ DO NORTE/CE

PLACA	PLACA
2465804135	ORT1452

CHASSI	CHASSI
*****CE	302HB0210DR420045

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
333-MOTOCICLETA 150 CC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP100	2013	2013

CAP/POT/VOL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25/00V/97CC	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
I ***** **	*/**/**	1º *****
P ***** **		2º *****
V ***** **		3º *****
A ***** **		

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IMPOSTO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
286.75	0.11	282.01

DATA DE PAGAMENTO	OBSERVAÇÕES
00/00/0000	AL.FID. BANCO HONDA S.A. *****

LOCAL	DATA
MURTECIO DO NORTE	20/06/2013

6415751-2

Para regularizar sua situação fiscal, solicite o extrato de sua conta de energia elétrica.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

370088123

20 13000 02 311200 - 2

29/12/2014

JESSICA BRENDA BARRETO ALMEIDA

RU CTR JOSE SABINO PEREIRA 00239

ANTONIO VIEIRA - JUAZEIRO DO NORTE - 63010000

53830

9999 0000

01-RESIDENCIAL MONOFASICO

0,00

068323223-13

Atas de Referência

Previsão Próxima Leitura

Dez/2014 29/12/2014 28/01/2015

Out/2014

DICRI= 0,00 P

84,83 27,00% 22,90 0,00 0,00 P 00 0,00 0,00

5192,2302,1825,819F,8940,8880,4200,8557 0,00 0,00 0,00

11823 11654 1,00 169 0,00 169 0,00 84,83

29/12/14 28/11/14 31 DIAS 169 84,83

VALOR CONSUMO DO MES 84,83
 QUOTA PARCELAMENTO 2/2 43,06
 A LTA MORATORIA REF 11/2014 2,39
 CORRECAO MONETARIA DO MES 0,74
 JUROS DO MES 0,76
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 11,84
 CASA PROTEGIDA 0800 600 0560 7,90

VENCIMENTO

07/01/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

151,52

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	41,40	
Transmissao	0,85	
Distribuicao	16,15	
Encargos Setoriais	2,31	
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	24,12	
TOTAL	84,83	

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA: IMPOSTO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce
 Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

73,04

0,00

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

PRAZO DE VENCIMENTO:

Informamos a partir de vencimento sem acréscimos, a partir de esta data, no valor de R\$ 183,49. Conforme art. 172 da Res. ANEEL 414-10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mes Ano Valor R\$
 11/2014 183,49

Conta desta fatura R\$ 1,22 referente a PIS e COFINS.

Art. 9 P.º 100-2005 - ANEEL e Lei nº 10.837-02 e 10.833-03.

A partir de 2015 visorara o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Dez/2014 visoraria a bandeira VERMELHA, a qual implicaria R\$ 0,000/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:

Referência:

Data de Emissão: 6415751-2

Total a Pagar (R\$): Dez/2014

Nº da Nota Fiscal: 29/12/2014

Nº de Controle: 151,52

370088123

0006415751 00002 39072 02

8384000001-4 51520031000-3 00064157510-6 00023907202-2



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 2002034050555 SSP CE
 CPF: 007.124.633-99 DATA NASCIMENTO: 05/07/1973
 FUNÇÃO: FRANCISCO ASSIS BARRETO LETICIA RIBEIRO DE CASTRO
 PERMISSÃO: PERMISSÃO ICC: AB
 Nº REGISTRO: 06219533933 VALIDADE: 30/10/2015 1ª HABILITAÇÃO: 30/10/2014
 OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;
 Assinatura do Portador: Ana Patricia Barreto Almeida
 LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 03/11/2014
 Assinatura do Emissor: 00403119200 CE142502987
 DETRAN/CE (CEARA)

Declaração

FLS. 21
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

fls. 22

FLS. 22SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. D. NORTE - CE

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

CPF nº _____ venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:

Ala Patrícia Barreto Almeida

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.

Atha Patricia Barreto Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

SECRETARIA

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

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

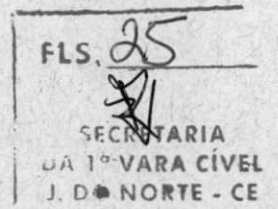
_____ de _____ de _____
 LOCAL E DATA

Aha Patrícia Barreto Almeida

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.



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento a Sra. **ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA**, no dia 15/01/2015, às 11h00min, na Avenida Padre Cícero. Paciente vítima de Acidente Trânsito. A mesma foi encaminhada para o **HRC (Hospital Regional do Cariri), JUAZEIRO DO NORTE - CE**, e para constar eu, **MARCELA DE SOUZA LIMA** *Marcela de Souza Lima*, Enfermeira Operacional, lavrei a presente certidão.

Juazeiro do Norte, 21 de Janeiro de 2015

Atenciosamente,

Dr^a Luciana Christian Gouveia B. Araújo
Médica
CRM-CE 14.629

LUCIANA CHRISTIAN GOUVEIA BEZERRA ARAÚJO
GERENTE REGIONAL/COORDENAÇÃO MÉDICA
SAMU 192 CEARÁ - BASE JUAZEIRO DO NORTE

SAMU 192 CEARÁ

Rua do Seminário S/Nº, Centro - Juazeiro do Norte-CE, Cep: 63010-145, Fone (88) 3511-7370
E-mail: samujuazeiro192@gmail.com

Registro de Sinistro

Sinistro: 3150/166532

Código: 25693



Parceiro: EDNALDO-CE

Nº BO: 488-1761/2015

Data Registro: 30/01/2015

Nome da Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Natureza: Invalidez

Código Sinistrado: 3 - CONDUTOR

Data Nascimento: 05/07/1973

CPF: 007.124.633-99

Data Sinistro: 15/01/2015

Beneficiário	CPF	Banco	Agência	Conta
ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA	007.124.633-99	Caixa Economica Federal	0032	34873

Histórico

Data / Hora	Descrição
08/06/2015 14:06:07	Processo com Pagamento Liberado PARA 09/06/2015 NO VALOR DE R\$ 2.531,25. BANCO: 104 / AGENCIA: 00032- / CONTA: 34873-5 . BENEFICIÁRIO: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
19/05/2015 11:05:47	Processo Enviado para Reanálise da Seguradora Líder
15/03/2015 18:03:39	Processo Analisado pela Seguradora Líder - Com restrições: PARECER SEGURADORA LÍDER: O ACIDENTE OCORREU A MENOS DE 90 DIAS, MOTIVO PELO QUAL NÃO SERÁ POSSÍVEL AVALIAÇÃO, APÓS TERMINO DO TRATAMENTO APRESENTE DOCUMENTAÇÃO MEDICA QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DE SEQUELAS DEFINITIVAS E INFORMAÇÕES SOBRE A DATA EM QUE A VITIMA ENTROU EM ALTA MEDICA DEFINITIVA.
26/02/2015 09:02:09	Processo Enviado para Seguradora Líder
20/02/2015 16:02:19	Processo Analisado e Aprovado
20/02/2015 16:02:26	Processo Recepcionado na Reguladora Acerta

[Imprimir](#)[Ficha de Regulação](#)[voltar](#)