



BRUNA ROCHA
ADVOCACIA



PROCURAÇÃO

pelo presente instrumento particular de mandato por mim infra-assinado,

OUTORGANTE: Daniel Prata Castelo Branco

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado

Profissão: _____ Nome da Mãe: Selenge Prata Castelo Branco

RG: 29.741.377 - 6 DT Exp: 04/2/2015 CPF: 766.457.453/68

Endereço Completo (Cep): Rua Francisca R de Farias, Centro,
Maripota - CE

OUTORGADA: Dra. **BRUNA MESQUITA ROCHA**, brasileira, casada, advogada, inscrita regularmente na Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional Ceará sob nº. 30.550, ambas, com endereço profissional localizado na Rua Sebastião Miranda, s/n, Centro, Cariré - CE, CEP 62184-000.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes específicos para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS.**

Declaro ainda que, na forma da Lei n. 1.060/50, sou pobre e não posso arcar com as custas do processo sem prejuízo próprio ou de minha família.

Maripota 04 de julho de 2019.

Daniel Prata Castelo Branco

Rua Sebastião Miranda - s/n, Centro - Cariré - CE
brunarochoadvocacia@gmail.com
(88) 996654874

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 29.741.377-6 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2015

NOME **DANIEL PRATA CASTELO BRANCO**

FILIAÇÃO **JOSUE PINTO CASTELO BRANCO**

SOLANGE PRATA CASTELO BRANCO

NATURALIDADE **S. PAULO - SP**

DATA DE NASCIMENTO **30/05/1979**

DOC ORIGEM **SÃO PAULO SP BELA VISTA CN: LV.A35 / FLS. 226 / Nº22497**

CPF **766157153/68**

ASSINATURA DO DIRETOR *Roberto Avino*
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

8120-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNBLETON DAUNT

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR *Daniel Prata Castelo Branco*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

6E436D41



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

2º Via

Nº de Inscrição:

0065220439



DADOS DO CLIENTE

Nome: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

End. Leitura: RU FRANCISCA R DE FARIAS 121 CENTRO

Cidade: VARJOTA

CEP: 62.265-000

End. Entrega:

CEP:

Cidade:

Local: 159

Sector: 004

Quadra: 0078

Lote: 0093

Cómp: 0000

Subsector:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Atedidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem ³	Média Semestralm ³
AGUA	A04L309652	1992	2006	14	12

DATAS

Leitura Atual: 18/04/2016

Emissão: 05/05/2016

Leite Água: 490694

Leitura Anterior: 18/03/2016

Próxima Leitura: 18/05/2016

Leite Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2014

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	025	025	010	025	025
Analisadas	057	026	026	026	026
Em conformidade	057	022	007	022	026

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	29,42	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	0,47	ABR/2016	14	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,32			

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição
		Valor (R\$)
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2016	06/05/2016	30,21

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagofácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

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 3038.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0065220439

Código de Responsável:

Mês/Ano: 04/2016

Local: 159

Sector: 4

Quadra: 0078

Lote: 0093

Cómp: 0000

Subsector:

Subquadra:

Cidade: VARJOTA

Vencimento: 06/05/2016

Total (R\$): 30,21

82610000000-7 30210009200-6 06522043901-5 05000131055-1



EMISSION : UN-BSI 05/05/2016 14:56:02



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 568 - 348 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/05/2016 09:54:02**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2016 17:00:02**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **VARJOTA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A LOJA PAULINO CAR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANIEL PRATA CASTELO BRANCO**
Nascimento: **30/05/1979** CPF:
RG: **29741377** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **SOLANGE PRATA CASTELO BRANCO**
JOSUE PINTO CASTELO BRANCO
Endereço: **RUA FRANCISCA RODRIGUES DE FARIAS, 121**
Bairro: **CAIXA D'ÁGUA** CEP:
Município: **VARJOTA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9626-5958**

Histórico

Informa o declarante que no dia e hora acima citados vinha pilotando sua motocicleta quando duas menores, Ana Débora pilotando e Gisele Bertoldo na garupa, em uma motocicleta, tipo Honda pop, cor preta, placa OSH-4435, entrou bruscamente na avenida, parando a referida motocicleta no meio da avenida causando uma colisão com o declarante onde este veio a quebrar três dedos do pé direito e uma fratura na fase; Que o declarante foi socorrido para o hospital de Varjota pelo um funcionário da loja Paulino Car; Que o declarante estava pilotando sua motocicleta: HONDA/CB 600 F HORNET, PRETA, PLACA NQN-0369, CHASSI 9C2PC42109R501437, em nome do declarante; Que o declarante estar apresentando copia dos seguintes documentos: Boletim de atendimento no hospital de Varjota, CRLV-2015 da referida motocicleta, CNH do declarante e comprovante de endereço do declarante. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ FERNANDES VIEIRA JUNIOR - MAT.: 198405-1-4

VISTO DO DELEGADO(A) :

A presente cópia confere com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.

12 MAIO 2016

Em testemunho da verdade.

Ana Célia Ribeiro Lopes

DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

NOTA DE AUTENTICIDADE



Nº 066849

ARTÓRIO ALCANTARA

VARJOTA-CE(88) 3639-1399

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011959667909

VIA 01 COD. RENAVAM 167307959 RNTTC 0000000000 EXERCÍCIO 2015

DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

VARJOTA/CE

CPF/CNPJ 76615715368 PLACA NQN0369

PLACA ANT./UF *****/CE CHASSI 9C2PC42109R501437

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CB600F HORNET ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP/POT/CIL 16/OCV/599CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA ***** VENC. COTA UNICA **/**/** 1ª *****

FAIXA I PVA ***** PARCELAMENTO/COTAS ***** 2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 86.75 IOF (R\$) 1.11 PREMIO TOTAL (R\$) 292.01 DATA DE PAGAMENTO 03/08/2015

LOGO  DATA 03/08/2015

VARJOTA Igor Ponte

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

CE Nº 011959667909 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
76615715369 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NQN0369
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 03/08/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 76615715368 PLACA NQN0369

RENAVAM 167307959 MARCA / MODELO HONDA/CB600F HORNET

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009 CHASSI 9C2PC42109R501437

PREMIO TARIFARIO

FNS (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 SER PAGO SEGURO (R\$) 292.01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/08/2015

PROPRIETARIO
LOTE/DOSEGURO 03/08/2015 LIDAGRE DPVAT
MOTOR: PC42E-950D437608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PROIBIDO PLASTIFICAR

1056768177

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1056768177



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
FABRIL DE LICENCIAMENTO E REGISTRAÇÃO

NOME DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

CPF 766.157.153-68 DATA NASCIMENTO 30/05/1979

PAIS JOSUE PINTO CASTELO BRANCO

ANCO SOLANGE PRATA CASTELO BRANCO

RECEBIMOS DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E REGISTRAÇÃO

DATA DE EMISSÃO 29/01/2015

DATA DE VENCIMENTO 29/01/2015

DATA DE EXPIRAÇÃO 29/01/2015

DATA DE VALIDAÇÃO 29/01/2015

DATA DE EMISSÃO 29/01/2015

DATA DE VENCIMENTO 29/01/2015

DATA DE EXPIRAÇÃO 29/01/2015

DATA DE VALIDAÇÃO 29/01/2015

DATA DE EMISSÃO 29/01/2015

DATA DE VENCIMENTO 29/01/2015

DATA DE EXPIRAÇÃO 29/01/2015

DATA DE VALIDAÇÃO 29/01/2015



PREFEITURA DE
VARJOTA

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJOTA - CE
Hospital Municipal de Varjota

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 26/04/16 Hora: 17:00h

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SOS-298004419255891

Nome: Daniel Porto Castro Branco

Estado Civil: Casado Sexo: M Data Nasc.: 30/05/79 Idade: 36 Anos

Naturalidade: São Paulo - SP Profissão: -

Residência: Geo Roraima de Fátima N: 121

Filiação: João Pedro Castro Branco Solange Brito

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente refere tontura no topo

ocasionando fumaça branco no ponto de tontura

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente compareceu ao ponto de tontura

em 26/04/16

em 26/04/16

em 26/04/16

4. Peso: - Kg: - 5. PA: 130x70 6. Glicemia Capilar: - 7. Temp: -

8. Alergia () Quais: -

Assinatura do Paciente ou Responsável: Dr. Leonidas L. Lopes

Assinatura do Médico: Dr. Leonidas L. Lopes

CRM: 6119 Médica

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável





36341164
36341164
36341164

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Nº do Paciente:
Nº do Atendimento: 1054

Aten: 0478625 Dt. Atende: 22/04/2016 - 07:20
Reg.: 488 220 054 220 054 Dt. Nasc: 30/05/1979
Nome: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO
End.: RUA FRANCISCA RODRIGUES FARIAS
CAIXA D'ÁGUA, VARJOTA-CE: CEP: 62265000

1. História Prévia do Atendimento:

35 ANOS SIC VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO REFERINDO DOR EM ME
TO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO

2. Vitals do Paciente:

Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Daniel Prata Castelo Branco, () Paciente ()
Nível (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____

, declaro que:

Foram informadas enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humanizado do
tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha
(urgência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de
espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de
espera de 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo
de espera de até 240 minutos.

Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha
agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro

Atestado de Acolhimento com Classificação de Risco.

PACIENTE:

Concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais
forneci ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das
informações.

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Daniel Prata Castelo Branco
Assinatura do Paciente ou Responsável

22/4/2016 07:

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:

Víctima de Colisão Nob - Nob - Desvio de Direção
 no pé dto. e dar. Ombro dto
 R: Ferimento de faca no abd, 300 cm
 perfurante. pé exposto.

CONDUTA: Analgesia + antibiótico + transfusão

DIAGNÓSTICO: Ferimento de faca no abd

Dra. Maria José Zago S. S. Pedrosa
 Médica
 CRM 163-CE
 Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: ____

Santa Casa de M. de São
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andréia R. Montenegro Portes
 COORDENADORA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo:	Dra. Maria José Zego S. S. Pedroza	
CRM:	UF:	Nº:
Médica CRM: 133-CE		
Endereço Completo:	Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro	
Telefone:	Cidade:	UF:
(88) 3112.0400	Sobral	Ceará

Paciente: Daniel Peares Costa Barros

Endereço:

Prescrição:

uso oral

- Cefalexina 500mg - 1x
1 p de 6/6h por 7d

- Neodormine cr.
uso: 1 p de 27 d

Dra. Maria José Zego S. S. Pedroza
Médica
CRM: 133-CE

Data 22/4/2016

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	
Org. Emissor:	
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA:	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	/ /

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª VIA - Orientação ao paciente



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Daniel Prate Costello

Q

① Nimesulid _____ 1x

- tomar 1 cp. VO, 12/11/20

Dr. Sérgio
Med. Geral
CRM 12.312

CÓD. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

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, nem com dados de procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

SEGURADOR(A) DO RG Nº 29.741.377-6 PRATA CASTELO BRANCO
 CPF 966157153-68 / CNPJ 000000000000000000 EXPEDIDO POR SSP - SP EM 04/02/2015
 RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL PRATA CASTELO BRANCO PROFISSÃO DESEMPREGADO
 AUTORIZA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT 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 SÍSDPVAT 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 e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO 000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000000000000000000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000000000000000000

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.

12 de MAIO de 2015
 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 em vigor no momento 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 legislação 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.

Eu, DANIEL PEREIRA CASTELO BRANCO, portador da carteira de identidade nº 29341377 e inscrito no CPF/MF sob o nº 766.157.153-68, residente e domiciliado na RUA FRANCISCA RODRIGUES DE FARIAS, Nº 121, cidade UNOIA, Estado CERRA, 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.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ N°. _____
Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro
Telefone: (88) 3112.0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Paciente: Daniel Prata Castelo Branco

Endereço: Rua São Rodrigues de Sousa, 121 - Varjota - CE

Prescrição:

Uso oral:

① Cefalexina 500 mg _____ 28 cp

Tomar 03 cp de 6/6h durante 07 dias

② Nimesulida 100 mg _____ 10 cp

Tomar 03 cp de 12/12h durante 03 dias

Dr. Daniel Prata Castelo Branco
Médico
CRM/CE 4.510

Data 22/04/16

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

DATA: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª VIA - Orientação ao paciente



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11636112

A/C: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO

Sinistro: 3170479693 ASL-0339579/17
Vitima: DANIEL PRATA CASTELO BRANCO
Data Acidente: 20/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIRENE MORORO MARTINS

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