

Rubens Lima

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cleora Alves Batista
brasileira, estado civil casada, profissão
Agricultor, portador do RG nº 3452406,
Orgão expedidor SSP - CE, CPF nº 001.913.383-97,
com endereço Rua Brígida Bezerra nº 224,
bairro Centro - Milhã

OUTORGADO: Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, Centro, CEP.: 63.635-000, Milhã-Ceará.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judícia" especificamente para propor ação, atuando em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvinando, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Milhã /CE, 08 de Maio de 20 18.

Cleora Alves Batista
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Cícero Alves Batista, brasileiro(a),
 estado civil casado, profissão agricultor,
 natural de Somador Pompeu, estado Ceará,
 nascido aos 26 / 01 / 1984, filho de Evaristo Batista
de Araújo e Francisca Alves Batista,
 portador(a) do RG nº 3452406 Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 001.913.383-97, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua Benigno Bizarra nº 924
Centro - Milha

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Milha - CE., 08 de maio de 20 18.

Cícero Alves Batista
DECLARANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**1. PARTES**

Cicero Alves Batista
solteiro Estudante
RG= 3452406 - SSP-CE
CPF= 001.913.383-97
End: Rua Benigno Bezerra n. 924, Centro
Milhã, doravante

denominado de **CONTRATANTE** e de outro lado o **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o **Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional à Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE, aqui denominados de **CONTRATADOS**.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) **CONTRATANTE** contrata os serviços do(s) **CONTRATADO(S)**, para que este(s) ajuíze ação de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A **CONTRATADA** postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) **CONTRATANTE**.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS**, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) **CONTRATANTE** em decorrência da ação proposta. Porém, nas ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo **CONTRATANTE** forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) **CONTRATANTE** tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

4.6. O (a) **CONTRATANTE** autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV, precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a **CONTRATANTE** não desembolsará quaisquer valores a(o) **CONTRATADO**, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do(a) **CONTRATADO(a)**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos efeitos legais.

Milhã, em 08 de maio de 20 18.

Cicero Alves Batista
CONTRATANTE

CONTRATADO – OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

MINISTRO 3170393174 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CICERO ALVES BATISTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO CICERO ALVES BATISTA**CPF/CNPJ:** 00191338397**Posição em 26-03-2018 16:33:22**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/08/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

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

NOME
CICERO ALVES BATISTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA / UF
3452406 SSP/CE

CPF
001.913.383-97

DATA NASCIMENTO
26/01/1984

FILIAÇÃO
**EVARISTO BATISTA DE AR
AUJO
FRANCISCA ALVES BATIST
A**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO
04709957482

VALIDADE
16/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
28/07/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

SAO PAULO

-0878

Cicero Alves Batista
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
19/12/2013

Daniel Antunes
Daniel Antunes, Coordenador Geral de SP
Assinatura Eletrônica

21650028082

SP606768564

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

832392716

VALID

PROIBIDO PLASTIFICAR

832392716



BradesCard

1a Via

01/02

Data de Emissão	Vencimento
05/04/2017	15/04/2017
Resumo das Operações	
Saldo Anterior R\$	207,22
(-) Créditos/Pagamentos R\$	207,22
(+) Compras/Débitos R\$	207,97
(=) Total da Fatura R\$	207,97
Parcela atual (R\$)	207,97
Parcelamento Mínimo (R\$)	47,03
Parcela esta fatura:	18 x R\$ 22,73



CTCE FORTALEZA CE PL8
CICERO ALVES BATISTA
RUA BENIGNO BEZERRA 924
CENTRO
63635-000 MILHA CE

0035778635



72 09036539 87807 00000178635 3 0 960417
Data da Postagem: 06/04/17 Vencimento: 15/04/2017

Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/05/2017

Limite de Crédito	
Compras	R\$ 310,00
Saque	R\$ 62,00
Parcelado	R\$ 620,00*

* Consulte limites disponíveis, condições de contratação e restrições na Central de Atendimento

Juros Remanescentes

	% ao mês	% ao ano	CET Anual (%)
Parcelamento de fatura	8,20%	100,37%	107,26%
Parcelado Casas Bahia	4,00%	70,36%	65,52%
Parcelado Rede Misto/Cash	7,00%	151,50%	160,27%
Rotativo	9,30%	193,59%	219,49%
Saque/Transferência (1)	10,00%	207,30%	228,50%

(1) Será cobrada taxa de R\$ 9,99 por operação.
Multa 2,00% a.m. Juros de Mora 1,00 % pro rata
Taxa máxima de juros p/ prazo e fatura 19,99% a.m. (CET ao ano 278,34% a.a.)
* Serviço com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Débito (0,0022%).

Importante

BADE A APP DO CARTÃO CASAS BAHIA:
- CONSULTE: COMPRA, FATURA, LIMITES,
E MUITO MAIS!

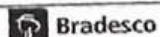
Mensagem Importante

TODA VEZ QUE PRECISAR FINANCIAR O
VALOR DA FATURA DO SEU CARTÃO DE
CRÉDITO POR MAIS DE 30 DIAS, O BRADESCARD
OFERECERÁ A VOCE UMA MELHOR OPÇÃO DE
FINANCIAMENTO, COMO O PARCELADO FACIL.

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com os juros e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 32,17 e o saldo total, que não for pago integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.

Histórico de Lançamentos		Crédito	Débito
Data		5414.XXXX.XXXX.8024	
06/02/2017	CICERO A BATISTA		67,28
04/03/2017	LOJA DO MECANIPARCO202		129,00
	SKY - SAO		
14/03/2017	PAGAMENTO BRADESCO	207,22	
04/04/2017	ANUIDADE DIFER TIT 8024		10,00
	TOTAL GERAL DOS LANÇAMENTOS R\$		207,97

Central de Atendimento ao Cliente: Casinhas e Registros Metropolitanos: 0800-0000000000000000 (24h) ou 0800-0000000000000000 (24h)
Consultas, informações e serviços: 0800-0000000000000000 (24h) ou 0800-0000000000000000 (24h)
Cancelamento e emissão de fatura: 0800-0000000000000000 (24h) ou 0800-0000000000000000 (24h)
Consultas: 0800-777-9873 (segunda-feira de 9h às 18h, exceto feriados). Se não for possível, consulte o site.



237-2

23794.02510 94749.009935 28000.060005 6 0000000000000000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

CICERO ALVES BATISTA - 001.913.383-97
RUA BENIGNO BEZERRA 924 CENTRO
63635-000 MILHA CE

Seguro/Fatura

Número

Nº do Documento

Data de Vencimento

Valor do Documento

(R) Valor Pago

47490099328-8

47490099328-8

15/04/2017

207,97

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

Banco Bradesco S/A End: Cidade de Deus, s/n Prédio
Cinza Vila Yara Osasco SP CEP 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12

Agência/Código do Beneficiário

4025-8/0000600-8

Autenticação Mecânica

Dr. Fernando Higor Fayed Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): Cleio Sales
Betitor

Foi vítima de acidente de trânsito dia 28/03/17 onde o mesmo sofreu:

Acidente com motocicleta com facismo subtração
com fratura de clavícula esquerda sem lesão
além de amputação

E submeteu-se a tratamento: (x) Clínico; () Cirúrgico; (x) Fisioterapêutico; (x)
Conservador; complementando com: Apoio Genu e Típico

Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 75% Debilidade em Membro
Esquerdo com Diminuição da Amplitude de Movimento

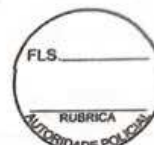
Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2017 16:45:49**
Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO AREIAS**
Complemento:
Bairro:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **AÇUDE DO PEDRO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO ALVES BATISTA**
Nascimento: **26/01/1984** CPF: **001.913.383-97**
CNH: **04709957482** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **SP**
Filiação: **FRANCISCA ALVES BATISTA**
EVARISTO BATISTA DE ARAUJO
Endereço: **RUA BENIGNO BESERRA, 924**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **MILHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9720-6928**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ2763** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC30103R220249 Renavam: **803555679** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante disse que no local, data e hora acima mencionado estava sozinho trafegando na motocicleta da sua sogra de placa HXQ-2763, cor VERMELHA, ano e fabricação 2003, Chassi 9C2JC30103R220249, quando foi surpreendido com um pedregulho que estava na estrada fazendo a motocicleta derrapar e consequentemente vindo a cair; QUE ao cair no solo veio a lesionar sua clavícula esquerda; QUE uma pessoa que não sabe dizer quem é passou na hora do acidente e lhe socorreu ao hospital municipal João Leopoldo Pinheiro Landim; QUE não havia ingerido bebida alcoólica, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica; antes do acidente; QUE este B.O é para fins de seguro DPVAT; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente B.O, e foi informado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL BISPO COSTA - MAT.: 30092511

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/05/2017 17:34:07

* C. e. s.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Adelino Adolpho Batista

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSE WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417





PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Cícero Alves Batista</u>	Ocorrência Nº
Cartão do SUS: <u>29800341620 7122</u> DN: <u>26.01.84</u>	
RG: <u>3452406</u>	

Idade <u>33</u>	Cor	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Casado</u>	Naturalidade <u>Senador Pompeu</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>R. Pequeno Bonito</u>					Telefone:
Unidade de Emergência		Pai: <u>Evaristo P. de Araújo</u>			
Hospital J. L. P. Landim		Mãe: <u>Fernanda A. Batista</u>			



Atendimento	Data <u>28.03.17</u>	Hora <u>19:35h</u>
Milhã	☐ Acidente de Trabalho	
Local		

Queixa principal e Resumo da Doença Atual
 Paciente vítima de Acidente de Trabalho, apresentando traumatismo (Frustrado) no membro direito, dor, edema e hematoma no membro direito.

DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL <u>180 x 140</u>	PULSO	TEMPERATURA	<u>Fratura Clavícula Esquerda</u>

TRATAMENTO:
 21:30 140/80 mmHg - Leptopril 25g - (SL) 19:35
Paracetamol + ASV (31)
 09:50 38°C - Dipirona + ASV (31) 19:30
2x4
Ceftriaxona 1g + ASV (31) 19:30
Salina Gengiva

DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares
☐ Residência	☐ Internado	<u>Imagem 600 x 400 (29)</u>
☐ Em Observação	☐ Transferido	Diagnóstico Definitivo
☐ Encaminhado ao Ambulatório		
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade		
☐ Óbito sem tratamento		
Ass. do Paciente ou Responsável: <u>Dr. Marcos Medeiros de Sousa</u>		Ass. do Médico: <u>[Assinatura]</u>

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Vinte 28/03/17
 às 19:55 paciente deu
 entrada na unidade hospitalar
 vítima de acidente de moto, apresentando
 traumatismo (fratura?) no antebraço
 esquerda, c/cise hipertensiva, medicado
 com p.m.

às 21:50 h 38°C



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Licmo Alvim Batista, portador da carteira de identidade nº 04709957482 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.913.383-97, residente e domiciliado na Rua Benigno Bezerra, 924, Cidade Alinha, Estado Paraíba, 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 Lider 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.

Licmo Alvim Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MELUA-CO 06/Julho/2017

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Maria Jonilde Medeiros de Lima,
 RG nº 9007155630-8, data de expedição 08/07/08, Órgão SSPNs-PE
 portador do CPF nº 938.938.243-91, com domicílio na cidade de
Simador Pompeu, no Estado de Pernambuco,
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Pombinho,
 nº 510, complemento Zona Rural,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Lucio
Alves Batista, cujo o condutor no momento do
 acidente era Lucio Alves Batista.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Blonda/EG 195 Titan K5
 Ano: 2003/2003
 Placa: HX6 8763
 Chassi: 9E21E30103R 890249
 Data do Acidente: 28/03/17



Local e Data: Simador Pompeu - PE. 06/07/17

Maria Jonilde Medeiros de Lima
 (Assinatura do Declarante)

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

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



Milhã
Cidade de Milhã - Ceará

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Guilherme Alves Batista</u>						OCORRÊNCIA Nº							
Cartão do SUS: <u>89800141629 7120</u> DN: <u>26.01.84</u>													
RG: <u>3452406</u>													
Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão								
<u>33</u>		<u>M</u>	<u>Casado</u>	<u>Senador Pompeu</u>	<u>Agricultor</u>								
Endereço						Telefone:							
<u>R. Benigno Bonança</u>													
Unidade de Emergência		Pai: <u>Eufrásio B. de Araújo</u>											
Hospital: J. L. P. Landim		Mãe: <u>Fernanda A. Batista</u>											
Atendimento				Data	Hora								
<u>Milhã</u>				<u>28.03.17</u>	<u>19:35hs</u>								
☐ Acidente de Trabalho													
Local													
DIAGNÓSTICO <u>Lesão extensa de Acidente de Trabalho, apresentando traumatismo (Fratura) no membro direito, tipo, esguicho e traumatismo torácico.</u>													
DADOS CLÍNICOS <table border="1"> <tr> <td>PRESSÃO ARTERIAL</td> <td>PULSO</td> <td>TEMPERATURA</td> </tr> <tr> <td><u>180 x 140</u></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	<u>180 x 140</u>		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA											
<u>180 x 140</u>													
TRATAMENTO: <u>21:30 140/80mmHg - Leptopril 25g - (SL) 19/35</u> <u>Paracetamol + ASPI - (SL) 19/30</u> <u>21:40 38°C - Dipirona + ASPI - (SL) 19/30</u> <u>Capacetina 100mg + ASPI - (SL) 19/30</u>													
DESTINO DADO AO PACIENTE ☐ Residência ☐ Internado ☐ Em Observação ☐ Transferido ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade ☐ Óbito sem tratamento				Exames Complementares <u>Exames complementares em andamento</u>									
Ass. do Paciente ou Responsável: <u>Guilherme Medeiros de Souza</u>				Ass. do Médico: <u>[Assinatura]</u>									

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

REFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a). Cícero Alves Batista

29.03.2017 com diagnóstico de recebeu atendimento médico em
fractura de clavícula E

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 90 noventa dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento. cid. S42.0 Dr. Guilherme Neto
Quixeramobim, 29.03.2017

Guilherme Neto
Otorrinolaringologista
CRM 10.466/2017
MÉDICO - CRM

Alto do Boqueirão, s/n - Telefax(88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hrpn2017@gmail.com - Quixeramobim-Ce

12/04/2017



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **001.913.383-97**

Nome da Pessoa Física: **CICERO ALVES BATISTA**

Data de Nascimento: **26/01/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:38:39** do dia **12/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6BAD.BABA.C586.C4A6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

CE Nº 012459456150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCICIO 2016 06/05/2016 DATA EMISSÃO

PLACA HXQ2763

VIA 01 73193224391 C/P / CNPJ

RENAVAM 00803555679

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 TITAN K

ANO FAB. 2003 CAT. DMS 09

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (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 (R\$) 292,01

DATA DE OUTRACO 05/05/2016

PAGAMENTO ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

CNPJ 09.342.609/0001-04

www.segurodetransito.com.br

MOTOR: JC30E13220249

03488

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012459456150

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA 01 00803555679 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCICIO 2016

NOME MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA

SENADOR POMPEU

PLACA 73193224391

PLACA HXQ2763/CE

CHASSI 9C2JJC30103R220249

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN K

ANO FAB. 2003

ANO MOD. 2003

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

GP / POT / CL. 2P/0CV/124CC

COTA UNICA

VENCO. COTA UNICA

VENCO. COTA UNICA

1º 2º 3º

PANCLAMENTO / COTAS

PREMIO TRANSF. (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU

DATA 06/05/2016

Superintendente Igor Ponte

DETRAN-CE

Proprietário do Veículo

Esta documentação é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Maria Ironilde Medeiros de Lima*

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 18/11/94

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL: 2007155430 - 8
DATA DE EMISSÃO: 08/07/2008

NOME: MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA
FILIAÇÃO: RAIMUNDO MEDEIROS NETO
MATERIA DO SOCORRO ALMEIDA MEDEIROS

IDENTIFICAÇÃO: SENADOR POMPEU - CE
DOC. 00000000

DATA DE NASCIMENTO: 06/08/1967

CERT. CASAMENTO: CARTÓRIO-SEDE TERMO: 959 FOLHA: 110 E V
LIVRO: B 04 MILHAR: CE

LEI Nº 7.118 DE 20.03.03

P. 1 73

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polígono Direito

Maria Ironilde Medeiros de Lima

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA
Nº de Inscrição: 731932243-91
Data de Nascimento: 06/08/67



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, Ericmo Anum Batista
 PORTADOR(A) DO RG Nº 04709957489 EXPEDIDO POR Olman - EE EM 19/12/13 E
 CPF 000903383-07 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO eletrônica
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ericmo Anum Batista, 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 99471-5

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.

Olman - EE, 06 de Julho de 2017 Ericmo Anum Batista
 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.

DECLARAÇÃO DE AFIDELIDADE

Eu, Cicero Alves Batista, residente e domiciliado em Rua 13 de Maio, nº 100, Fátima, CE, por meio desta, declaro que sou o titular da poupança CAIXA e que não sou o responsável por nenhuma dívida decorrente de qualquer operação financeira realizada por mim ou por terceiros em nome meu ou de terceiros.



Por ser verídica, firmo-a.

Cicero Alves Batista 02/10/2020

Cicero Alves Batista

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cícero Aluis BatistaRG nº 04709957482, data de expedição 19/12/13, Órgão DETRAN-CE

CPF nº 001.993.383-97, 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 Benigno Bezerra</u>
Número	<u>924</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itanhá</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	Celso Pinheiro (85) 99989-0779
E-mail	(85) 98721-2741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITANHÁ-CE 06/07/2017

Assinatura do Declarante: Cícero Aluis Batista

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 JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Ericmo Alves Batista

do sinistro de DPVAT da natureza semicírculo da vítima

Ericmo Alves Batista

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

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME JOAO PAULO PINHEIRO			
FOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR IF 335665898 SSPDC CE		CPF 875.474.573-04	
DATA NASCIMENTO 21/09/1980		FRAÇÃO MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO	
Nº REGISTRO 00758673502		VALIDEZ 01/12/2021	
1ª HABILITAÇÃO 04/08/1999		PERMISSÃO ACC CATEGORIA AD	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;			
Assinatura do Portador <i>João Paulo Pinheiro</i>			
LOCAL IGUATU, CE		DATA EMISSÃO 09/12/2016	
Assinatura do Portador <i>João Paulo Pinheiro</i>		65656925402 CE156817608	
DETRAN - CE (CEARA)			

Esta é a segunda via de

JUN/2017

Ligue o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

DO CLIENTE

4664469

05

ENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rote: 30 014062 12 080000
Nome: JOAO PAULO PINHEIRO
Endereço PostalMedidor:
375765Posta:
0000 0

End. da Unidade: ST ALTO VERDE MILHA 63635000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 875.474.573-04

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

4832 4696 1 136 0 136

SIMPES DO CLIENTE Quantidade: 0 Tarifa: 0 Valor (R\$)

DADOS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

14/07/2017

14/07/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0046.5E90.7A5A.12E0.FC68.FE12.0AA7.896B

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISEMTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

18. SALDO FATURA ANTERIOR

14,76

CONSCIENTES EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Impressão suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) Compensada kg (CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE CANCELAMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

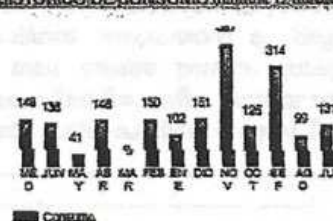
CM: 6,44

Conjunta SENADOR POMPEU

Mês ABR/ 2017

	Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal	Trim. (Anual)	Trim. (Anual)
DIC (h)	10,58	21,17
FIC (un)	7,67	15,34
DMIC (h)	5,68	3,69

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

do Cliente:

4664469-5

Nº da Nota Fiscal: 481156446

Total a Pagar (R\$):

65,68

Data de Emissão:

21/06/2017

Referência: JUN/2017

Nº de Controle:

0004664469 00067 4372 2 56

83820000000-2 65680031000-8 00046644690-0 00674372225-5



