

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2016

Carta nº: 9189168

A/C: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS

Sinistro: 3160333513 ASL-0894344/16
Vitima: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS
Data Acidente: 24/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 o 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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2016

Carta nº: 9540861

A/C: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS

Sinistro: 3160333513 ASL-0894344/16
Vítima: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS
Data Acidente: 24/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2016

Carta nº: 9622995

A/C: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS

Sinistro: 3160333513 ASL-0894344/16
Vítima: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS
Data Acidente: 24/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA ROSILENE LIMA MORAIS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000578**

Conta: **0000021998-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

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, Maria Rosilene Lima Moraes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9100101 S2 33 EXPEDIDO POR SSP - G EM 27/05/08 E
 CPF 558728673-87 / CNPJ 000000000-000000-00 PROFISSÃO Autônoma
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, 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 Lotéricas 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 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0578 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21998-907
013

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.

CARTÓRIO
MELO JUNIOR

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016

Antalza 04 de Maio
 LOCAL E DATA

de 2016 Maria Rosilene Lima Moraes
 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.

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JÚNIOR - 4º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELÃO 20-15 EVÂNIO DE MELO JÚNIOR - TABELÃO SUBSTITUTO: RECONHECIMENTO MARQUES DE MELO JÚNIOR
CNPJ: 06.578.734/0001-01 - Rua Major Fausto, nº 160 - CAIAPÓ - CEP: 61.915-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3289.1474 / 3289.7460 - E-mail: evan@cartorio.com.br / evan@evan.com.br

Cod.: 086388. Reconheço e(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de: (1) MARIA
ROSILENE LIMA MORAES De que deu fe. Fortaleza, 20 de março de 2016.

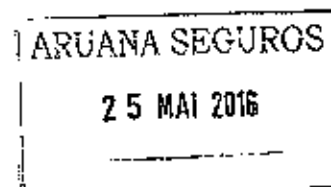
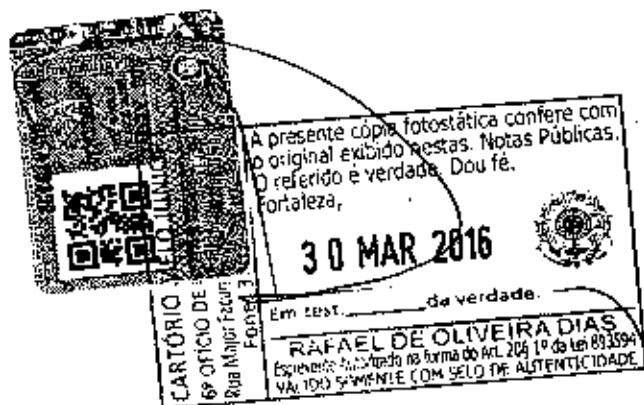
Total: R\$ 3,00. Selo Digital / de Fiscalização

RECONHECIMENTO DE FIRMA AAB005516A1B2 SELO

MARIA DO SOCORRO MOREIRA HERCULANO - ESCRIVã

07.03.2016

Cartório de Notas e Registros Especiais



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Maria Rosilene Lima Moraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Senhora Santana, 515 A
Colônia Fortaleza CE CEP: 60337-540
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 91001018233
Data local do exame: [19/08/2016] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**ENTORSE E LESÃO CORTO-CONTUSA NO TORNOZELO ESQUERDO.
MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, TRANSFERIDA E INTERNADA, PARA TRATAMENTO CLÍNICO. A PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Data da alta: MARÇO DE 2016.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM SUTURA, REPOUSO E MEDICAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Complicações: SEM.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

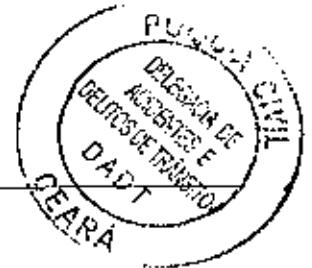
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG Alessandra Duraes Altal
CRM 16562



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3677 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/05/2016 09:16:03**
 Data / Hora da Ocorrência : **24/12/2015 15:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **R. NOSSA SEN. DAS GRAÇAS C/AV. PASTER**

PIRAMBU FORTALEZA /CE
 Ponto de Referência: **EM FRENTE O BAR DO JÔ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA ROSILENE LIMA MORAIS**
 Nascimento : **07/03/1977**
 RG: **91001018233** Órgão Emissor: **SSPDS UF: CE - CPF:**
 Filiação: **FRANCISCO PAULO DE MORAIS**
MARIA JOSE LIMA MORAIS
 Endereço: **R. SENHORA SANTANA 499**
COLONIA 60337540
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **32843000**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS, QUE MARIA ROSILENE LIMA MORAIS(VITIMA) ERA A GARRUPEIRA, QUE QUEM PILOTAVA A MOTO ERA FRANCISCO WALBENIR ALCANTARA DOS SANTOS, HABILITADO CNH 02665010897 DETRAN CEARÁ, CATEGORIA "AD", A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA CG 125 FAN ES, PLACA PMV6150/CE, ANO 2014/2015, COR PRETA E LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO WALBENIR ALCANTARA DOS. QUE TRAFEGAVAM PELA RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS COM A AV. PASTER. QUANDO UM VEICULO, QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, AVANÇOU A PREFERENCIAL CRUZANDO A VIA, OCASIÃO EM QUE O VEICULO COLIDIU NA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVA A VITIMA. QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA. QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.////
 OBS: -FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS - MAT.: 300085-1-0

VISTO DO DELEGADO(A): CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Rosilene Lima Moraes, portador da carteira de identidade nº 91001018233 e inscrito no CPF/MF sob o nº 558.728.673-87, residente e domiciliado na Rua Dona Antonia

Nº: 515 casa A, Cidade Fortaleza, Estado Ceará

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.

CARTÓRIO

MELO JÚNIOR

Maria Rosilene Lima Moraes

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Fortaleza - Ce 04/05/16

Local e data

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JÚNIOR - E: OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELIÃO: JOSÉ EVÂNIO DE MELO JÚNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO; RECONHECIMENTO MARQUES DO MELO JÚNIOR
SIT: 2 - NÚMERO 0340001-01 - Rua Major Facundo, nº 804 - Centro - CEP: 10.025-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3369.7474 / 3369.7460 - E-mail: amelo@cartorio.ceara.br / recsp@cartorio.ceara.br
Cód.: 088389, Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de: (1) MARIA ROSILENE LIMA MORAIS: Da que dou fé, Fortaleza, 30 de março de 2016.
Total: R\$ 3,00. Selo Digital: fde: Fiscalização - SELO
RECONHECIMENTO DE FIRMA AAB002514-A1B2
MARIA DO SOCORRO MOREIRA HERCULANO - Escrevente



DOCUMENTO 2 *T2%*



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, requerimento nº 1109/2016, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento a Sra. **Maria Rosilene Lima Moraes**, no dia **24/12/2015**, às **15hs:47min**, na **Rua Nossa Senhora das Graças, Bairro Pirambu**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida no local e removida para o **Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura**.

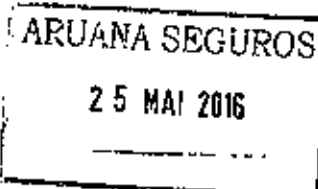
ATO DECLARATÓRIO

Fortaleza, 11 de abril de 2016.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza

Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00578

CONTA: 000000021998-9

Nr. da Autenticação 08D788FDD6F75A50



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Rosilene Lima Moraes

RG nº 94001018233, data de expedição 27/05/08 Órgão SSP-CE

CPF nº 558.728.673-87 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 Dra Santana</u>
Número	<u>515</u>
Apto / Complemento	<u>Os. A</u>
Bairro	<u>Colônia</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60337-540</u>
Telefone de contato	<u>(85) 989 36. 0069 / 996 95 - 8085</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 04 / 05 / 16

CARTÓRIO

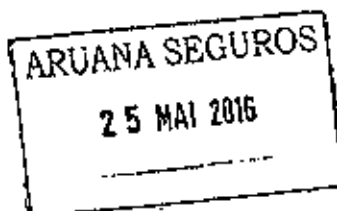


MELO JÚNIOR

Assinatura do Declarante: Maria Rosilene Lima Moraes



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JÚNIOR - 4º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELÃO: JOSÉ FERNANDO DE MELO JÚNIOR - TABELÃO SUBSTITUTO: RECONHECIMENTO MANOEL DE MELO JÚNIOR
CNPJ: 06.573.874/0001-51 - Rua Major Ruy, nº 699 - Centro - CEP: 60.025-106 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3398.7474 e 3399.2498 - E-mail: em@fortalimc.com.br / mcepcar27@fortalimc.com.br
Cod.: 006380. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de: (1) MARIA
ROSILENE LIMA MORAES do que dou fé. Fortaleza, 30 de março de 2016.
Total: R\$ 10,00. Selo Digital / de 1 Finalização - SELO
- RECONHECIMENTO DE FIRMA AAB009612-A1B2
MARIA DO SOCORRO MOREIRA HERZULAND. Escrevente



DO CLIENTE
6591852-5

Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60435-010 Fortaleza CE
de 26 de abril de 2002

costco

Atividade elétrica e telefônica, exceto a rede pública
de energia elétrica e telefônica

Atividade elétrica e telefônica, exceto a rede pública
de energia elétrica e telefônica

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO C SÉRIE B-4 IMP
Rota 19 01150 20 31100 - 5 Data de Emissão 28/03/2016
Nome MARIA ROSILENE LIMA MORAIS
End. Postal RU SRA SANTANA 00515 CS A
COLONIA - FORTALEZA -
Medidor 2737856
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 558728673-87
Nome do Responsável

Posto 0000 N31W
Fator de Potência 0,00
CGF

DADOS DE FATURAMENTO			DADOS DE QUALIDADE DE SUPRIMENTO		
Período de Faturamento	Data da Fatura	Previsão de Última Leitura	Veja a legenda de qualidade de fornecimento	Conjunto	Jan/2016
Mar/2016	28/03/2016	27/04/2016	Mês	01CPI = 0,63 P	USD 14,16
DADOS DE CÁLCULO			Fator de Individualização		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mês	Trim.	Atual
50,33	27,00%	14,39	5,07	10,15	20,30
ÁREA DE REGULAÇÃO DE CONTAS FISCAL			DIC	3,17	6,35
IC97,7333, PIS0,6500, FIES0,0000, DCS0,0000, IBS0,1000			FIC	2,86	12,70
			DMIC		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Três (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
913	828	1,00	85	8,00	85	0,42747	50,33		
28/03/16	25/02/16	32 DIAS			95				

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS		50,33
Multa Moratória Ref 12/2015		1,10
Correção Monetária do Mês		1,34
Juros do Mês		1,44
Iluminação Pública Municipal		4,54
Adicional Bandeira Amarela Mês (R\$ 2,07)		

CARTÓRIO MELO JÚNIOR
NOTAS PÚBLICAS
15-32-2112
10-860 Fortaleza/CE

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

30 MAR 2016

DE OLIVEIRA DIAS
LUIZ (RUBENS)
TINHA A AUTENTICIDADE

05/04/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,75

DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO POR MÊS									
Residência	25,33	Transmissão	0,25	Distribuição	0,60	Encargos Setoriais	1,48	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	15,35
TOTAL	50,33								

DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO POR MÊS											
70	85	78	73	83	73	113	106	60	36	36	
MEI	Mar	Apr	Jun	Jul	Out	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA (KWh)		
Consumo was e mltiplo pelo consumo de energia elétrica da Uta do Ecopar		
Consumo/kg(CO ₂)	36,74	Compensação kg(CO ₂)
	0,00	Capacidade Ecológica (100%)

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Pravio Aulso

INTIMAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis o atraso. Sendo o pagamento do Dúbito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 (quinze) dias a partir desta, conforme previsto na Res. ANEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor R\$
02/2016	57,00
Total	57,00

Consta desta fatura R\$ 1,97 referente a PIS e COFINS.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2015, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016

Nº da Cliente 6591852-5 Referência Mar/2016
Data de Emissão 28/03/2016 Total a Pagar (R\$) 61,75
Nº da Conta Fatura 425329524 Nº de Controle 0006591852 00013 39162 66



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

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.248-3

coelce

Rota 01 01110 20 074200 - 4 Data de Emissão 04/01/2016

Nome JOSIVAN PINTO BARROS

End. Postal RU SAO PAULO 00032 SA 513
CENTRO - FORTALEZA - 60030100

Medidor 4275905

Posto 8224 A18N

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFASICO Fator de Potência 0,80

RG / CPF / CNPJ 600067453-85

CGF

Nome do Responsável

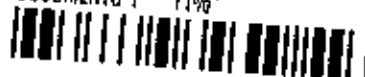
Dados de Faturamento			Dados de Pagamento		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Período de Faturamento	Vale a pagar no vencimento desta conta	Condição	Valor
Jan/2016	04/01/2016	01/02/2016	Nov/2015	Nov/2015	R\$ 23,00

Resumo de Cálculo (R\$)			Pagamento Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
73,87	27,00%	19,94	4,59	9,99	9,99
Tributos (R\$)			3,11	3,00	3,00
FIC			2,52	6,49	3,00
DMIC					

Consumo de Energia Elétrica (kWh)							
Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
16247	16139	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08
04/01/16	02/12/15	36 Dias					

VALOR CONSUMO DO MES 73,87
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 28,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,18)

DOCUMENTO 1 *T106*



Base de Cálculo (R\$)		Consumo de Energia Elétrica (kWh)											
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.
73,87	27,00%	19,94	4,59	9,99	9,99	3,11	3,00	3,00	2,52	6,49	3,00		
Tributos (R\$)		28,16	3,11	3,00	3,00	2,52	6,49	3,00					
FIC			2,52	6,49	3,00								
DMIC													
TOTAL		73,87											

Consumo de Energia Elétrica (kWh)			Consumo de Energia Elétrica (kWh)		
Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)
16247	16139	1,08	16247	16139	1,08

Informações importantes e avisos de vencimento
Estamos enviando o parcelamento e por isso temos novos números para contato por região. Para consultar os números acesse nosso site - www.coelce.com.br

A COELCE RESERVA-SE E RESPONSABILIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
CONSIDERE ESTA CONTA QUITADA SE EFETUANDO O PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE - BOA FIDELIDADE S.A. AGÊNCIA - 0610.

Consta desta fatura R\$ 9,92 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Rev. 1/00-2005 - ANEEL - Lei n. 10.657/00 e 10.661/02

ARUANA SEGUROS
25 MAI 2016

Nº do Cliente: 5295333-5 Referência: Jan/2016
Data de Emissão: 04/01/2016 Total a Pagar (R\$): 102,03
Nº do Contrato: 5295333-5 Nº de Controle: 00036 39362 90



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.

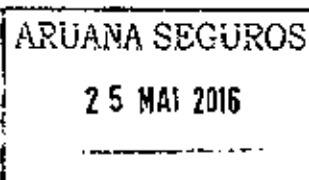
Pelo exposto, eu Josivan Pinto Barros, portador(a) do RG nº 05070808420, expedido por Ation-le, em 03/02/12, CPF/CNPJ nº 600.067.453-85

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Maria Rosilene Lima Moraes do sinistro de DPVAT da natureza SPA da vítima Maria Rosilene Lima Moraes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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 JOSILVAN RENTO BARROS, portador(a) do

RG nº 03040803420, expedido por DETAPM-CE, em

03 / 02 / 12, CPF/CNPJ nº 600.067.453-85,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCELA ROSI

LENE LIMA MORAIS do sinistro de DPVAT da natureza CPA

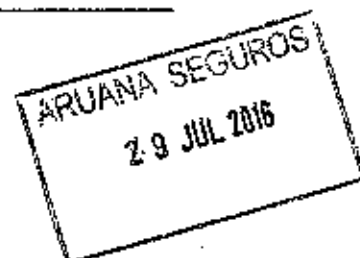
da vítima MARCELA ROSILENE LIMA MORAIS, e conforme

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

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: Não Possui

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Walberin Alcantara dos SantosRG nº 02665010897, data de expedição 20/03/14Órgão Detran-Ce, portador do CPF nº 580.178.603-15, com
domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
Ceará onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)Rua São Santana, nº 515,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 Maria Rosilene Lima Moraes, cujo o condutor eraFrancisco Walberin Alcantara dos SantosVeículo: HolandaModelo: CG 125 Fan ESAno: 2014/15Placa: PMV6150Chassi: 9C05C4120 F000280Data do Acidente: 21/12/2015Local e Data: Fort. Leg. Ce 29 de março 2016

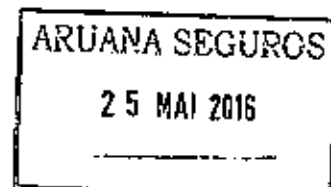
FRANCISCO WALBERIN A. DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

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

JAIME ARARÍPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Almeida Ararípe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Almeida Ararípe - Substituto
Av. Minervina, 4965 - CEP 60358-093 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@ceara.com.br

Cód.: 131537 - Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) FRANCISCO
WALBERIN ALCANTARA DOS SANTOS, Fortaleza, 29 de março de 2016. Total: R\$
55,59. RAIMONDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente. SELO 2 - ARB617251-61B2
Assinado eletronicamente com: selo de autenticidade.





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

51

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA ROSILENE LIMA MORAES		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 30947		Nº DO BE 19876	
CADSUS		NASCIMENTO 07/03/1977(38 ANOS)		SEXO F		RACIA/COR PARDO	
NOME MAE MARIA JOSE LIMA MORAES		NOME RESPONSÁVEL USB FNS 02 SAMU					
ENDEREÇO SENHORA SANTANA 515 A CRISTO REDENTOR		MUNICÍPIO				UF CE	
CONTATO (85)98877-0129				CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE		DOORRÊNCIA					
QUEIXA DOR ESCORIAÇÕES		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ATO DECLARATORIO			
SINUSAS DOR EM MIE				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)			
PELO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA				GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ARIZA JACOME DE CASTRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/12/2015 16:51:52			
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO					
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO					
<i>Acidente em moto, sem álcool no sangue.</i> <i>Acidente de trânsito.</i> <i>303090225</i>							
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO					
EXAT. SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO X		() OUTROS					
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Trauma corpo contuso em trânsito.</i> <i>Acidente de trânsito e queda.</i> <i>Acidente de trânsito do trânsito de</i> <i>resposta em trânsito</i>							
TAXA SAÍDA		TIPO DE ALTA SAÍDA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					
Assinatura de ARIZA JACOME DE CASTRO							

Impresso por ARIZA JACOME DE CASTRO em 24/12/2015 às 16:51:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incurrir nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

MARIA ROSILENE LIMA MORAES



HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Miriamia Menezes Marques Soares.
Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

DOCUMENTO 5

^a T50%^w

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

SI

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MARIA ROSILENE LIMA MORAES		DADOS PESSOAIS	
CADUSUS	NASCIMENTO 07/03/1977 (38 ANOS)	Nº DO PROMISSÃO 30947	Nº DO SE 19876
NOME MÃE MARIA JOSE LIMA MORAES	NOME RESPONSÁVEL USB FNS 02 SAMU	SEXO F	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO SENHORA SANTANA 515 A CRISTO REDENTOR	MUNICÍPIO	CEP NI	UF CE
CONTATO (85)98877-0129	LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		
OCCORRÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
DOR/ESCORIAÇÕES DOR EM MIE		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS BAT. OZ NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLUCOSE NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ARIZA JACOME DE CASTRO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/12/2015 18:51:52
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		ÁREA ATENDIMENTO	
HISTÓRICO			
<i>Acidente de trânsito no trânsito</i> <i>Acidente de trânsito</i>			
DIAGNÓSTICO		DOO. PROCEDIMENTO	
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X		☐ OUTROS	
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<i>Tranq. como controle da dor</i> <i>feito com morfina e sítio</i> <i>de 100 mg de morfina 20 mg de tramadol 20</i> <i>possível em caso</i>		OBSERVAÇÕES	
TPO DE ALTA/SAÍDA			
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DSTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por ARIZA JACOME DE CASTRO em 24/12/2015 às 18:51:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Maria Rosilene Lima Moraes
MARIA ROSILENE LIMA MORAES



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Maria Menezes Marques Soares
Maria Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HOEAM
CONFERE COM ORIGINAL

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016



30 MAR 2016

km h. da verdade.

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Declaro que sou a alma do Art. 208, § 1º da Lei 8933/94
VALENDO-SE DA FÉ COM SÓLO ME AUTENTICADO

30 MAR 2016

En test: de verdade

RAPHAEL DE OLIVEIRA DIAS
Escritor de Atendimento na forma do Art. 205, I, da Lei 89.359/94
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016

DOCUMENTO 3 "T3%"



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LAS CIUDADES Y DEL TERRITORIO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACION
CARTELA NACIONAL DE IDENTIFICACION

VALIDA EN TODOS LOS TERRITORIOS NACIONALES
520350903

FOTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N° 889

OT 500.057.453-85 16/05/1988

NOMBRE JOSE SIVALDO BARRON

ELIZABETH BARRON

SEXO M

FECHA DE EMISION 03/01/2017

FECHA DE VENCIMIENTO 05/11/2018

IDENTIFICACION

10472611290

CE128824456

DETALLE DE IDENTIFICACION

ARUANA SEGUROS
25 MAI 2016

DOCUMENTO 2 'T296'



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JOSEIVAN FINTO BARROS



DOC. EMITIDO (COT. FISCAL) DE: 00001011635 SSP - CE

CIT: 600.067.453-85 Data de Nascimento: 16/09/1988

Relação:
JOSE GIVALDO BARROS
ELEA FINTO BARROS

Assinatura: [Assinatura] Ass. [Assinatura] CENSO: CAS

Id. Registro: 05070808420 Data: 03/01/2012 Validade: 06/11/2018

OBSERVAÇÃO:

JRB
Assinatura do Portador

Local: PORTALEZA, CE Data: 05/02/2012

U-PT
Assinatura do Portador

10472411190
CE120824496

DETRAN - CECILIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
520350903

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
520350903

ARUANA SEGUROS
29 JUL 2016

01

0102657/537

000000000000

FRANLISCO WALENTE

 FORNILEZA

58017860313

PRV6150/CE

PRV6150/CE

90221641200000000000

PAS/MUTUO/CICLO/Nº00/0001/0001

CONTRATO DE SEGURO

0102657/537

DOCUMENTO 7 "T7%"



ARUANA SEGUROS
 25 MAI 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160333513 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS **Data do acidente:** 24/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE HOSPITALAR PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160333513 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSILENE LIMA MORAIS **Data do acidente:** 24/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE E LESÃO CORTO-CONTUSA NO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM SUTURA, REPOUSO E MEDICAÇÃO.
SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alessandra Duraes Altaf

CRM do médico: 16562

UF do CRM do médico: CE

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria Rosilene Lima Moraes
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 0102018233 CPF: 558.728.673-87
 Endereço: SMA Santana S5 9A - Port-Ge

OUTORGADO:

Nome: João Paulo Barros
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 05070803420 CPF: 600.067.453-85
 Endereço: Rua São Paulo 32, SL 514 - Centro - Port-Ge

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Maria Rosilene Lima Moraes

Fortaleza - ce 30/03/16

Local e data

Maria Rosilene Lima Moraes

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO
MELO JUNIOR

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO VILLO JÚNIOR - 4º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
 FAMILIAR: JOSÉ EVANDRO DE MELO JÚNIOR - TABELÃO SUBSTITUTO: RECONHECIMENTO MARQUES DE VILLO JÚNIOR
 CNPJ: 06.573.824/0001-51 - Rua Major Tacuma, nº 400 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
 Tel: (85) 3009.7474 / 3009.7460 - E-mail: cmj@cartoriovillo.com.br / reconhec@cmj.com.br / cmj@notariail.com.br
 Cód.: 006399, Reconheço e(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de: (1) MARIA ROSILENE LIMA MORAIS De que dou fé, Fortaleza, 30 de março de 2016.
 Total: R\$ 3,00. Assinatura Digital de: Flacilização
 RECONHECIMENTO DE FORTALEZA 00000315-A1B2
 MARIA DO SOCORRO MOREIRA MBRULANO - Escrevente

ARUANA SEGUROS

25 MAI 2016