Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8734959

A/C: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO

Sinistro:	**3160136517**
Vitima:	**ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RAMON BEZERRA ROCHA**

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 inicio 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

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2016

Carta n°: 8802991

A/C: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO

Sinistro:	**3160136517**
Vítima:	**ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RAMON BEZERRA ROCHA**

Ref.: INTERRUPÃ§Ã£O 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2016

Carta n°: 8966087

A/C: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO

Sinistro:	**3160136517 ASL-0099222/16**
Vitima:	**ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**RAMON BEZERRA ROCHA**

Ref.: NEGATIVA TÃ©CNICA - 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA**, RG nº **2000004012888-**, data de expedição, Órgão **SSPDS-CE**, CPF nº **143.530.878-60**, 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)	**TV. CONEGO AGOSTINHO**
Número	**115**
Apto / complemento	
Bairro	**CENTRO**
Cidade	**JAGUARUANA**
Estado	**CE**
CEP	**62823-000**
Telefone de Contato	**(88) 9986-3427 / (88) 9288-9545**
E-mail	ramonbezerra2005@hotmail.com rogers_16@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JAGUARUANA / CE

Assinatura do Declarante: Roselia Pinheiro de Araujo Silva

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 MAR 2016
AGEM REGULADORA

coelce

608

24/03/2015

Nome: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO
End. Postal: TR CON AGOSTINHO 00115
CENTRO - JACUARUANA - 62823000

Medidor: 0067763 Posto: 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência: 0,00
RG / CPF (CNPJ): 143536878-60 CGF:
Nota Fiscal/Série:

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2015	24/03/2015	23/04/2015

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto: JACUARUANA
Mês: Jan/2015 EUSD 21,91

	Padrão DIC/FIC/DMIC			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,79	11,58	23,16	0,00	0,00	0,00
FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,37			0,00		

ICMS

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
[illegible]

INFORMACOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Conc. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
27821	27701	1,00	120	0,00	30	[illegible]	[illegible]
					70	0,27681	19,36
					20	0,41492	8,30
24.03.15	24.02.15		28 DIAS		120		32,50

DESCRICAO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	32,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,06
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,50

PROTOCOLO
FOLHA
24 MAR 2016
JEM REGULADORA

VENCIMENTO: 01/04/2015 TOTAL A PAGAR (R$): 49,06

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	30,83
Transmissão	0,95
Distribuição	8,08
Encargos Setoriais	1,15
Tributos (ICMS, PIS-COFINS)	9,61
Total	49,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
136	120	137	119	110	123	138	119	138	133	146	146	134

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (Kg/kWh)
Considerando as emissões pelo consumo de energia elétrica através da Rede Básica

Emissão kg(CO_2)	Compensado kg(CO_2)	Consciência Ecológica (% CO_2)
51,86	0,00	0 100

Informações importantes e avisos de vencimento

A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO EXTRAORDINÁRIO DE 9,05% DAS TARIFAS DA COELCE, ADICIONADO A PARTIR DE 02 DE MARÇO DE 2015, CONFORME RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA NUM. 1858 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA
[illegible] R$ 3,01 referente a PIS e COFINS.
[illegible]

Em 2015 entra em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não indicará [illegible] adicional, as bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, indicarão tarifas de energia [illegible] devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.aneel.gov.br.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3160136517 - 2***

Nome do(a) Examinado(a): ***ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***TRAVESSA CONEGO AGOSTINHO nº 115 - CENTRO - JAGUARUANA/CE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 2000004012888 - SSP***

Data local do exame: ***06/04/2016 MOSSORO/RN***

Resultado da Avaliação Médica

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

ferimento corto-contuso na face anterior da perna esq

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

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

tratamento com sutura e analgésicos. evoluiu com boa cicatrização

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

[ ] SIM [X] 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.

exame físico apenas com cicatriz, sem sequelas

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 acometico.

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

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[X] 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)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MIE- SEM DÉFICIT FUNCIONAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 06/04/2016

Médico Perito: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS CRM: 14616

Rodrigo Castro de Medeiros

Dr Rodrigo Castro de Medeiros
Cirurgia de Coluna
CRM-PE 14 616

Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 2 *T2%*

ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2].

[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 RAMON BEZERRA ROCHA **, portador(a) do RG nº** 2007165751-3 **, expedido por** SSPDS-CE **, em** 25/05/2012 **, CPF/CNPJ nº** 048.048.583-69 **,**

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA **do sinistro de DPVAT da natureza** INVALIDEZ **da vitima** ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA **, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:**

Profissão: Autonomo **Renda Mensal: R$** 800,00

Documentos comprobatórios: _____

Ramon Bezerra Rocha

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO RECEBIDO
03 NOV. 2015
AGÊNCIA REGULADORA

13

DOCUMENTO 5 - T5%

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ AUGUSTO DA SILVA, RG nº 2008569258-6 data de expedição 29/07/2013 Órgão SSPDS, portador do CPF nº 366.421.343-20, com domicilio na cidade de JAGUARUANA, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) TV CONEGO AGOSTINHO, nº 115, 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 ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA

Veículo: HONDA CG 150 FAN ESI
Ano: 2013
Modelo: 2013
Placa: OSP-8022
Chassi: 9C2KC1670DR023489
Data do Acidente: 17/07/2015

Local e Data: JAGUARUANA - CE 25/09/2015

José Augusto da Silva
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO MORE
1º OFÍCIO
JAGUARUANA - CEARÁ

RECONHECO Verdadeira a firma de JOSÉ AUGUSTO DA SILVA
Em testemunho da verdade
JAGUARUANA, 25 de 09 de 2015
André Glaucyston Moreira
Tabelião

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº BV458251

PROTOCOLO RECEBIDO
03 NOV. 2015
JEM REGULADORA

09

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico ( ) SIM ( ) NÃO

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO		01 HORA URGÊNCIA	AMARELO		02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE		04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL	

Data: 17/07/15 Hora do atendimento: 11:50 Atendente: Lourdes

Nome: Rosélia Pinheiro Araújo Silva Idade: 48a Sexo: (X) F ( ) M

Data de Nascimento: 30/11/1966 RG/CPF/Outros: 700000001288 CADSUS:

Filiação: Rde Pinheiro Araújo

Endereço: Tv. Corrego Apolinho Nº 45 Telefone:

Bairro: Jd de I ACS: Marcia

Peso: Kg	PA: X mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TEMP: ºC	DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

( ) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
( ) Atendimento de urgência em atenção especializada
( ) Atendimento ortopédico com imobilização provisória
( ) Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H
( ) Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica)
( ) Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatria)
( ) Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
( ) Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas: Alergias:

Anamnese de Enfermagem: Fatores de Risco: Enfermeiro (a):

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de trauma por acidente moto (SIC) apresentando dor ortopédica em membro inferior D (T, bilateral)

DOCUMENTO 6 "T6%"

Hipótese Diagnóstica: Trauma ortopédico

Prescrição na Urgência	Horário	Assinatura do executor
Dipirona + Cimetin		

PROTOCOLO RECEBIDO 08 OUT. 2015 CENTRAL REGULADORA

( ) Aferição de Pressão Arterial
( ) Glicemia capilar
( ) Administração de medicamentos na Atenção Especializada
( ) Inalação / Nebulização
( ) Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
( ) Curativo grau II c/ ou s/debridamento
( ) Retirada de pontos de cirurgias básicas
( ) Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva
( ) Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
( ) Enema
( ) Sondagem Gástrica
( ) Drenagem de abscesso
( ) Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
( ) Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
( ) Retirada de corpo estranho subcutâneo
( ) Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta ( ) Hora:___:___ Internamento Hospitalar ( ) Observação ( ) Transferência ( ) Óbito ( )

Assinatura e Carimbo Médico – CRM

Assinatura do Paciente

Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – CEP: 62.823-000 – Jaguaruana/CE
Contato: (88) 3418.1388 E-mail: hospitaldejaguaruana@hotmail.com

PREFEITURA DE
Jaguaruana
UMA VIDA NOVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA nascido(a) em 30/12/1966 residente na TRAV CÔNEGO AGOSTINHO 115 deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2015 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

Jaguaruana, de Julho de 2015

12.040.122/0001-90

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação

Avenida Simão de Góis,1618
Centro – CEP: 62.823-000
Jaguaruana - CE

PROTOCOLO RECEBIDO
08 OUT. 2015
NÚCLEO EM REGULADOR

Maria Julia da Silva Correia
CPF: 314.55.063-20
Responsável Arquivo

07

DOCUMENTO 1 "T1%"

Receituário

ATESTO QUE A PACIENTE ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 17/07/2015 COM TRAUMA CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO ASSOCIADO A LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDA A SUTURA.

ATUALMENTE, APRESENTA DOR RESIDUAL EM JOELHO ESQUERDO QUE PIORA AO DEAMBULAR GRANDES DISTÂNCIAS. OBSERVA-SE REGIÃO CICATRICIAL EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO E DOR AO TENTAR REALIZAR AGACHAMENTO.

PACIENTE OBEGUE EM ALTA AMBULATORIAL 28/11/2015

Eduardo de A. Carrari
Médico
CRC-11458

Rua Gerardo Pereira de Melo,1351 - Ce
Fone: (85) 99991.7305 - Jaguaruana - C

PROTOCOLO RECEBIDO
24 FEV 2016
IEM REGULADORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROTOTIPO PLASTIFICAR

Rosélia Pinheiro de Araujo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000004012888 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/

NOME
ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO
RAIMUNDA PINHEIRO DE ARAUJO

NATURALIDADE
JAGUARUANA CE

DATA DE NASCIMENTO
30/12/1966

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTORIO:1 OFICIO TERMO:2062 FOLHA:278 EV
LIVRO:B/07 JAGUARUANA - CE
CPF 143.530.878-60

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 82

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VITIMA

DOCUMENTO 7 *T7%*

PROTOCOLO RECEBIDO
08 OUT. 2015
JEM REGULADORA

08

BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 143.530.878-60

Nome da Pessoa Física: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA

Data de Nascimento: 30/12/1966

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

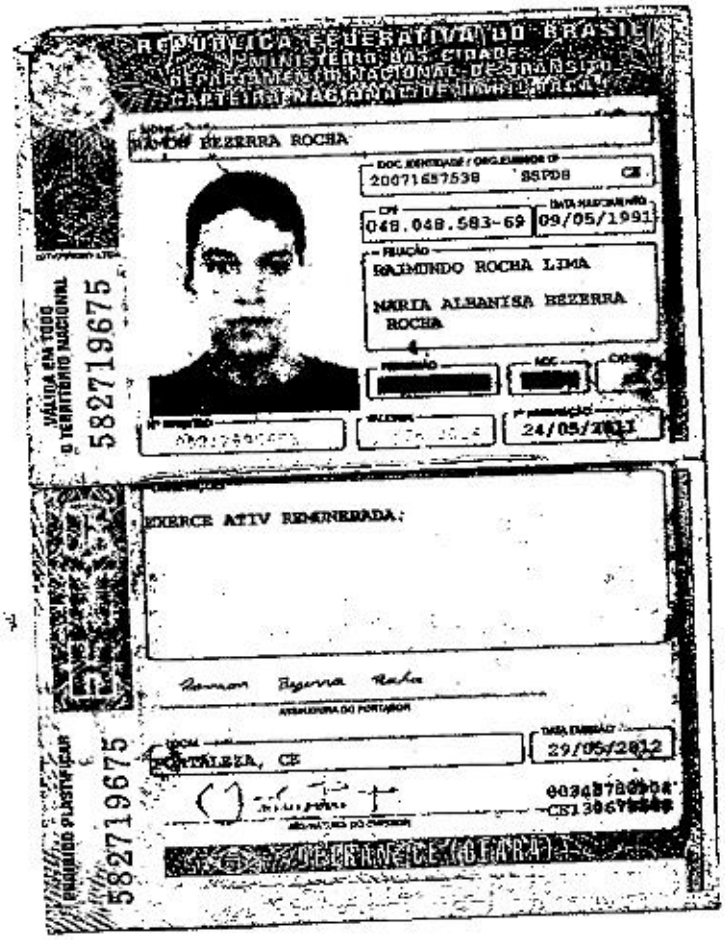
Comprovante emitido às: 12:37:56 do dia 06/10/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1905.1B8D.E0AC.D9FE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br. (http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp)

09

DOCUMENTO 3 *T3%*



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

NOME: RAMON BEZERRA ROCHA
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 20071657538 SSPDS CE
CPF: 048.048.583-69
DATA NASCIMENTO: 09/05/1991
FILIAÇÃO: RAIMUNDO ROCHA LIMA
MARIA ALBANISA BEZERRA ROCHA
PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT.: [redacted]
Nº REGISTRO: [redacted]
VALIDADE: [redacted]
1ª HABILITAÇÃO: 24/05/2011
EXERCE ATIV REMUNERADA:
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: FORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 29/05/2012
ASSINATURA DO EMISSOR
0034378[illegible]
CE13867[illegible]
GOVERNO CE (GETRAN)
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
582719675
FRAUDE PLASTIFICAR
582719675

PROCURADOR

14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011827743934

DENATRAN

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00526926961	0000000000	2015

NOME: JOSE AUGUSTO DA SILVA
****
****
JAGUARUANA /CE

CPF/CNPJ	PLACA
36642134320	OSP8022/CE

PLACA ANT./UF	CHASSI
/CE	9C2KC1670DR023489

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO-AP	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI	2013	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VÉNC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/**	1ª ********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª ********
********	********,**	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
JAGUARUANA	03/03/2015

Igor Ponte
Superintendente
DETRAN-CE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011827743934 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	03/03/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	36642134320	OSP8022

RENAVAM	MARCA / MODELO
00526926961	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CAT. DNE	Nº CHASSI
2013	09	9C2KC1670DR023489

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA	[ ] PARCELADO	02/03/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KC16E7D023489 00890

DOCUMENTO 8 "T8%"

PROTOCOLO RECEBIDO
08 OUT. 2015
GERÊNCIA REGULADORA

10

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA, brasileiro (a), portador do Rg nº 2000004012888 e CPF 14353287860 residente e domiciliado (a) TV CONEGO AGOSTINHO Bairro CENTRO Município JAGUARUANA ~~venho perante~~ a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

PROTOCOLO RECEBIDO
03 NOV. 2015
E M REGULADORA

Local_____, Data_____

Atenciosamente

Roselia Pinheiro de Araujo Silva

DOCUMENTO 2 *T2%*

Carta De Reanalise

Declaro para os devidos fins, que eu **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA** portador (a) da carteira de identidade **2000004012888** CPF: **143.530.878-60,** inscrito sob o sinistro DPVAT de número: **3150/881636** declaro minha insatisfação com a resolução de meu processo e enviado novos documentos médicos que provam minhas sequelas, solicito que seja feita uma REANÁLISE de meu processo e aguardo pericia medica para a minha avaliação.

Sem mais para o momento.

Roselia Pinheiro de Araujo Silva

ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA
08/12/2015

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 FEV 2016
SEM REGULADORA

DOCUMENTO 4 - T4%

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
CPF:	143.530.878-60
PROFISSÃO:	AGRICULTORA
IDENTIDADE:	2000004012888
ENDEREÇO:	TV. CONEGO AGOSTINHO, 115

OUTORGADO

NOME:	RAMON BEZERRA ROCHA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
CPF:	048.048.583-69
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	2007165753-8
ENDEREÇO:	TV. CONEGO AGOSTINHO, 171

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JAGUARUANA-CE / 14/10/2015

LOCAL E DATA

Roselia Pinheiro de Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

1º Ofício

PROTOCOLO RECEBIDO 03 NOV. 2015 EM REGULADORA

CARTÓRIO MOREIRA
1º OFÍCIO
JAGUARUANA - CEARÁ

RECONHEÇO VERDADEIRA A FIRMA SUPRA DE ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA.
Em testemunho da verdade
Jaguaruana 16 de 10 de 2015
André Gladyston Moreira (1º Tabelião)
Mariana Carvalho Moreira (Escrevente)

[redacted]ora Líder
Administradora do Seguro 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 esse sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA**, PORTADOR(A) DO RG Nº **2000004012888**- EXPEDIDO POR **SSPDS-CE** EM . E CPF/CNPJ **143.530.878-60**, PROFISSÃO **AGRICULTOR** E RENDA MENSALDE **R$ 678,00**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES PABAIXOS PRESTADAS.

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as reguladoras 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.

DOCUMENTO 1 "T1%"

RECEBIDO
08 OUT. 2015
J E M REGULADOR

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) **Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:**
   - **Conta salário e/ou benefício;**
   - **Conta pessoa jurídica;**
   - **Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;**
   - **Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);**
2) **O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar ao site da RECEITA FEDERAL –www.receita.fazenda.gov.br);**
3) **O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.**

[X] CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 001 AGÊNCIA 2201-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE 25693-5

[ ] CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO
BANCO **237** – AGÊNCIA _____(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

[ ] CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASIL
BANCO **001** – AGÊNCIA _____(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

[ ] CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ
BANCO **341** – AGÊNCIA _____(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

[ ] CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO **104** – AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA _____

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

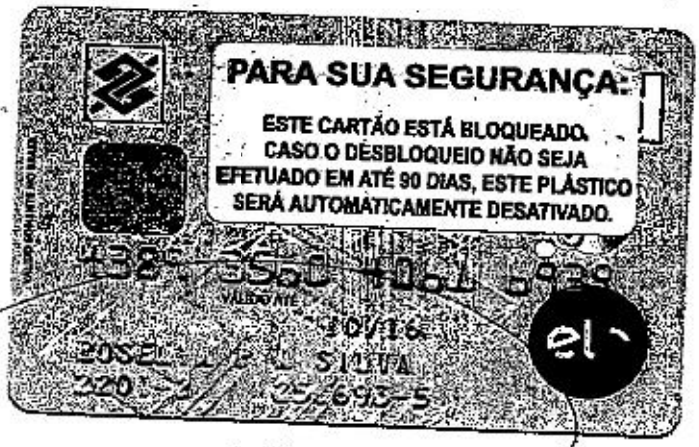
LOCAL: **JAGUARUANA-CE** – DATA **24/07/2015**

ASSINATURA DO(A) BENEFICIARIO(A) Roselia Pinheiro de Araujo Silva

ATENÇÃO

- **O seguro DPVAT garante Indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legis[illegible] na data do acidente), indenização de até R$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e d[illegible]do com[illegible] 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 0[illegible] 022 1[illegible]**

PDF-XChange
Click to buy NOW!
www.tracker-software.com



CORRENTE

PROTOCOLO
RECEBIDO
08 OUT. 2015
JEM REGULADOR

17

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 796 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 27/07/2015 10:31:51
Data / Hora da Ocorrência : 17/07/2015 11:30:00
Endereço da Ocorrência: TV CONEGO AGOSTINHO 115

CENTRO JAGUARUANA /CE
Ponto de Referência: EUROSONO

DOCUMENTO 1 "T1%"

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 150 FAN ESI
PLACA: OSP8022 MUNICÍPIO / UF: JAGUARUANA / CE
MODELO/FABRICAÇÃO: 2013/2013 COR: VERMELHA
RENAVAM: 526926961 CHASSI: 9C2KC1670DR023489
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: JOSE AUGUSTO DA SILVA
ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Informa a noticiante que estava saindo de casa na garupa de uma moto pilotada por seu marido de nome JOSE AUGUSTO DA SILVA; Que, próximo a residência da noticiante estava havendo uma construção; Que, o pneu da moto derrapou na areia e devido a isso perdeu o controle da moto e cairam; Que, seu esposo sofreu apenas arranhões; Que, a noticiante bateu com o joelho esquerdo em um tijolo; Que, devido a isso sofreu um corte; Que, foi socorrida pelo próprio esposo; Que, o corte foi suturado e a noticiante medicada e liberada; Que, não sofreu fraturas nem foi submetida a procedimento cirúrgico.

Noticiante(s)

Nome : ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA
Endereço : TV CONEGO AGOSTINHO 115
Bairro : CENTRO 62823000
Município/UF : JAGUARUANA CE BRASIL Telefone: 8893036701

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ROBSON LALBÉRIO PASCOAL DA SILVA - MAT.: 168001-1-2-
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Roselia Pinheiro de Araujo Silva
VISTO DO DELEGADO(A) : _____
JOANILSON NOGUEIRA QUEIROZ DE ALBUQUERQUE - MAT.: 404570-1-1

PROTOCOLO RECEBIDO 06 OUT. 2015 JUANA SEGUROS S/C

DOCUMENTO 2 "T2%"

06578934/0001-91
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
PRIMEIRO OFÍCIO
Rua Padre Rocha, 1293
Centro - CEP 62.823-000
Jaguaruana - Ceará

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
ANDRÉ GLADYLTON MOREIRA
Oficial do Registro Civil
Registro Títulos e Documentos
Jaguaruana - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME: JOSÉ AUGUSTO DA SILVA e ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO
MATRICULA: 0002490155 2015 2 00007 278 0002062 14

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

JOSÉ AUGUSTO DA SILVA, nascido aos quinze (15) de outubro de um mil novecentos e cinquenta e um (1951) em Jaguaruana-Ceará, brasileiro, divorciado, agricultor, residente e domiciliado em Jaguaruana-Ceará, filho de JOSÉ VICENTE FILHO e LUISA ALEXANDRE DA SILVA.
ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO, nascida aos trinta (30) de dezembro de um mil novecentos e sessenta e seis (1966) em Jaguaruana-Ceará, brasileira, solteira, agricultora, residente e domiciliada em Jaguaruana-Ceará, filha de RAIMUNDA PINHEIRO DE ARAUJO.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de fevereiro de dois mil e quinze	05	02	2015

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

A nubente passa a assinar-se por ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA e o nubente continua com o mesmo nome.

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Não Constam. Assento lavrado no Livro Nº B/07, às Fls. Nº 278 e V, sob o Termo Nº 2.062.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO MOREIRA 1º OFÍCIO
OFICIAL REGISTRADOR: ANDRÉ GLADYSTON MOREIRA
MUNICÍPIO: JAGUARUANA/CE
ENDEREÇO: RUA PADRE ROCHA, Nº 1293

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Data e local: 05/02/2015, Jaguaruana/CE

Assinatura do Oficial
CARTÓRIO 1º OFÍCIO
ANDRÉ GLADYSTON MOREIRA
Oficial do Registro Civil
Registro Títulos e Documentos
Jaguaruana - Ceará

PROTOCOLO RECEBIDO
03 NOV. 2015
J E M REGULADO

02

DOCUMENTO 3 -T3%-

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

EU, **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA,** Portador da carteira de identidade nº: **2000004012888-**, expedido por **SSPDS-CE,** em data, inscrito no CPF/MF sob nº: **143.530.878-60,** Residente e domiciliado: **TV. CONEGO AGOSTINHO,** Nº **115,** bairro: **CENTRO,** Cidade: **JAGUARUANA,** Estado **CE**. 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 eu resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no municipio em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir 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 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 realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Roselia Pinheiro de Araujo Silva
Assinatura do declarante
Conforme documentação de identificação

Local: **JAGUARUANA – CE** Data: **24/07/2015**

PROTOCOLO RECEBIDO
08 OUT. 2015
JEM REGULADORA

03

Jaguaruana

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação

S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Autom. Jurídico: ( ) SIM ( ) NÃO

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO		01 HORA URGÊNCIA	AMARELO		02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE		04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL	

Data: 17/07/15 Hora do atendimento: 11:50 Atendente: Lourdes

Nome: Rosélia Pinheiro Araújo Silva Idade: 48a Sexo: (X) F ( ) M

Data de Nascimento: 30/12/66 RG/CPF/Outros: 2000060110128 CADSUS:

Filiação: Rda Pinheiro Araújo

Endereço: Tv: Corrego Apostinho Nº 145 Telefone:

PSF: 5 de I ACS: Marcia

Peso: Kg	PA: X mmHg	FC: bpm	FR: irpm	TEMP: ºC	DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

( ) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento	( ) Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica)
( ) Atendimento de urgência em atenção especializada	( ) Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatria)
( ) Atendimento ortopédico com imobilização provisória	( ) Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
( ) Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H	( ) Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas: Alergias:

Anamnese de Enfermagem:	Fatores de Risco:	Enfermeiro (a):

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de trauma por acidente moto (SIC) apresentando dor corto-contusa em região de membro inferior (E) (Tibial anterior)

DOCUMENTO 4 "T4%"

Hipótese Diagnóstica: Lesão corto-contusa

Prescrição na Urgência	Horário	Assinatura do executor
Soro + Limpeza		

PROTOCOLO RECEBIDO 08 OUT. 2015 EM REGULADORA

( ) Aferição de Pressão Arterial	( ) Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
( ) Glicemia capilar	( ) Enema
( ) Administração de medicamentos na Atenção Especializada	( ) Sondagem Gástrica
( ) Inalação / Nebulização	( ) Drenagem de abscesso
( ) Curativo grau I c/ ou s/ debridamento	( ) Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
( ) Curativo grau II c/ ou s/debridamento	( ) Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
( ) Retirada de pontos de cirurgias básicas	( ) Retirada de corpo estranho subcutâneo
( ) Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva	( ) Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta ( ) Hora: ___:___ Internamento Hospitalar ( ) Observação ( ) Transferência ( ) Óbito ( )

Assinatura e carimbo Médico – CRM

Assinatura do Paciente

Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – CEP: 62.823-000 – Jaguaruana/CE
Contato: (88) 3418.1388 E-mail: hospitaldejaguaruana@hotmail.com

PROVA DO FATO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, **ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO SILVA**, RG nº **2000004012888-**, data de expedição, Órgão **SSPDS-CE**, CPF nº **143.530.878-60**, 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)	**TV. CONEGO AGOSTINHO**
Número	**115**
Apto / complemento	
Bairro	**CENTRO**
Cidade	**JAGUARUANA**
Estado	**CE**
CEP	**62823-000**
Telefone de Contato	**(88) 9986-3427 / (88) 9288-9545**
E-mail	**ramonbezerra2005@hotmail.com** **rogers_16@hotmail.com**

DOCUMENTO 2 *T2%*

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JAGUARUANA / CE - 24/07/2015

Assinatura do Declarante: Roselia Pinheiro de Araujo Silva

PROTOCOLO RECEBIDO
08 OUT. 2015
J E M REGULADOR

18

coelce

24/03/2015

Nome ROSELTA PINHEIRO DE ARAUJO
End. Postal TR CON AGOSTINHO 00115
CENTRO - JAGUARUANA - 62823000
Medidor 6067763 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 143536378-60 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2015	24/03/2015	23/04/2015

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto JAGUARUANA Mês Jan/2015 EUSD 21,91

	Padrão			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,79	11,58	23,16	0,00	0,00	0,00
FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,37			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
3B0C.C0F4.E528.075F.C95B.5B6B.F370.3225

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Fat.	Const. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
27921	27791	1,00	120	0,00	30 70 20	0,16256 0,27661 0,41492	4,88 19,36 8,30
24/02/15	24/03/15	29,0186			120		32,50

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	32,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,06
PIS-COFINS COMPLENENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,50

VENCIMENTO 01/04/2015

TOTAL A PAGAR (R$) 49,06

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	30,92
Transmissão	0,45
Distribuição	6,09
Encargos Setoriais	1,15
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	10,45
TOTAL	49,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr
130	120	137	119	110	123	138	119	138	133	146	146	134

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (Kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através da Ecoelce.

Emitido kg(CO_2)	Compensado kg(CO_2)	Consciência Ecológica (% CO_2)
51,86	0,00	0 — 100

informações importantes e avisos de vencimento

A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MEDIO EXTRAORDINARIO DE 9,05% DAS TARIFAS DA COELCE, VALIDADAS A PARTIR DE 02 DE MARCO DE 2015, CONFORME RESOLUCAO HOMOLOGATORIA NUM. 1856 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015.

A COELCE AGRADECE A COMPREENSAO PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA
Custo de [illegible] R$ 3,01 referente a PIS e COFINS.
[illegible]
Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.aneel.gov.br.

19

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO CLIENTE
6114516-5

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-070 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-1 | Nº 398983595

Data de Emissão 24/08/2015

Rota 17 24040 02 017001 - 0
Nome RAMON BEZERRA ROCHA
End. Postal TR CON AGOSTINHO 00171 CS A
CENTRO - JAGUARUANA - 62823000
Medidor 12640887
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 048048583-69
Nome do Responsável

Poste 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2015	24/08/2015	23/09/2015

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

GDPC.5C36.3013.8DBE.ACDF.2892.A996.F8FF

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto ABACATI
Mês Jun/2015 EDGD 9.58

	Período Acumulado Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,67	11,34	22,69	0,20	0,20	0,20
FIC	0,42	6,65	13,70	1,00	1,00	1,00
DMIC	0,29			0,20		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
651	618	1,00	33	0,00	33	[illegible]	[illegible]
21/08/15	22/07/15		32 DIAS		33		16,43

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	16,43
MULTA MORATORIA REF 07/2015	0,34
JURDS DO MES	0,04
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 1,90)	

PROTOCOLO RECEBIDO
03 NOV. 2015
JEM REGULADORA

12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160136517 **Cidade:** Jaguaruana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 17/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em MIE

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

CRM do médico: 52-90632-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160136517 **Cidade:** Jaguaruana **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROSELIA PINHEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 17/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: ferimento corto-contuso na face anterior da perna esq

Descrição do exame médico pericial: exame físico apenas com cicatriz, sem sequelas

Resultados terapêuticos: tratamento com sutura e analgésicos. evoluiu com boa cicatrização

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/04/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Médico examinador: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS

CRM do médico: 14616

UF do CRM do médico: PE

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes