

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150498445 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA **Data do acidente:** 23/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FIGUEIREDO ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

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

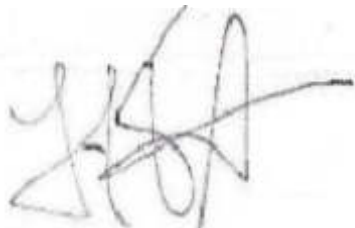
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150498445 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA **Data do acidente:** 23/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FIGUEIREDO ALMEIDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosemberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

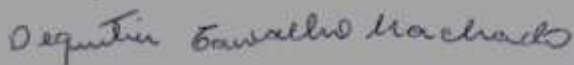
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150498445 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA **Data do acidente:** 23/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FIGUEIREDO ALMEIDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosemberg Pereira de Freitas

CRM do médico: 10670

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

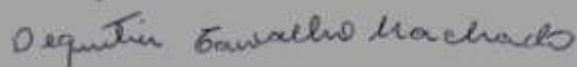
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA** Sinistro: **3150498445** Data: **23/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Marechal Juarez Távora, 137 - Juvencio Santana - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63016-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005029053511**

Data local do exame: [**02/07/2015**] **Juazeiro do Norte** [**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)
FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO. VÍTIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

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.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

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.

Limitação funcional do pé direito

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito

% 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.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.839.303-44
MÉDICO - CRM-CE 30.670

**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): **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA** Sinistro: **3150498445** Data: **23/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Marechal Juarez Távora, 137 - Juvencio Santana - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63016-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005029053511**

Data local do exame: [**02/07/2015**] **Juazeiro do Norte** [**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)
FRATURA FECHADA DO OSSO CUBOIDE DIREITO. VÍTIMA RELATA DOR À MOBILIZAÇÃO DO PÉ DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTANDO DESCONFORTO E DIFICULDADE DE MOVIMENTOS COM EDEMA E CLAUDICAÇÃO AOS ESFORÇOS NO PÉ DIREITO, DIMINUIÇÃO PARCIAL DE MOVIMENTOS E DE FORÇA DO PÉ DIREITO.

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.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

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.

Limitação funcional do pé direito

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito

% 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.


Dr. Rosenberg P. de Freitas
CPF: 858.839.303-44
MÉDICO - CRM-CE 30.670

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2015

Carta nº: 7102387

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Sinistro: 3150498445
Vitima: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA
Data Acidente: 23/02/2015
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 Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2015

Carta nº: 7273710

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Sinistro: 3150498445
Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA
Data Acidente: 23/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 23 de Julho de 2015

Carta nº: 7461364

A/C: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Sinistro: 3150498445
Vítima: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA
Data Acidente: 23/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000067271-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

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





DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, Raimundo Nonata B.F. Almeida, brasileiro, Casado,
 cédula de identidade nº. 2005029053511 e CPF nº 04732067301, residente e domiciliado
 na Rua Juarez Talora - 13+,
 Bairro: J. S. J. - J. S. J. Cidade: Juazeiro - CE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
23.02.2015, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
 todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
 documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
- similares, ou
- d) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e) Inquérito Policial, ou
- f) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
 poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
 abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
 me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
 jurídico pode ser provado mediante:
 III - testemunha;

Atenciosamente.

Juazeiro - CE, 21 de Maio de 2015.

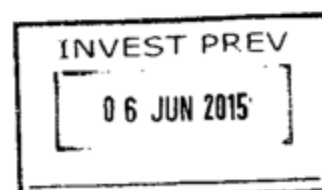
x Raimundo Nonata Batista Figueiredo Almeida
 Declarante:

Antonio Carlos Almeida Santos
 Test. 1:

CPF: 617.322.223-04

Francisco Clelio Batista Figueiredo
 Test. 2:

CPF: 740.325.593-20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABICITAÇÃO

NOME: **ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / CNH. EMISSOR UF: **95029135423 SSPDC CE**

CPF: **617.322.223-04** DATA NASCIMENTO: **29/11/1980**

RELACÃO: **ALCEBIADSS BARBOSA DOS SANTOS
 HELENA ALMEIDA DA CONCEICAO**

PERMISSÃO: **A**

IP RENETRO: **05788527526** VENCIMENTO: **20/06/2017** 1ª HABITUAÇÃO: **24/05/2013**

SEM OBSERVAÇÃO:

ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **26/05/2014**

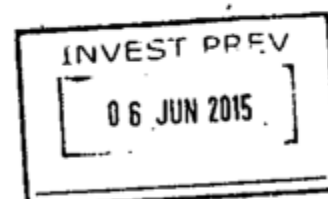
[Assinatura] 57308598926
 ASSINATURA DO EMISSOR CR142118460

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 958802653

PROIBIDO PLASTIFICAR
 958802653

Proprietário do veículo e Testemunha.



DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

EU Antonio Carlos Almeida dos Santos CPF 617.322.223-04

VENHO POR MEIO DESTA, DECLARAR QUE ESTIVE PRESENTE NO ENDEREÇO Pura

Joana Travessa - Frente ao nº 137

OCAÇÃO DO ACIDENTE DA VÍTIMA Raimundo Nonato Brito F. Almeida

NO DIA 23/02/2015, SEGUE ABAIXO OS DETALHES DE COMO A VITIMA FOI
SOCORRIDA E LEVADA AO HOSPITAL QUE CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO
MÉDICO:

A vítima foi socorrida de imediato
com o histórico descrito no Boletim
de Ocorrência.

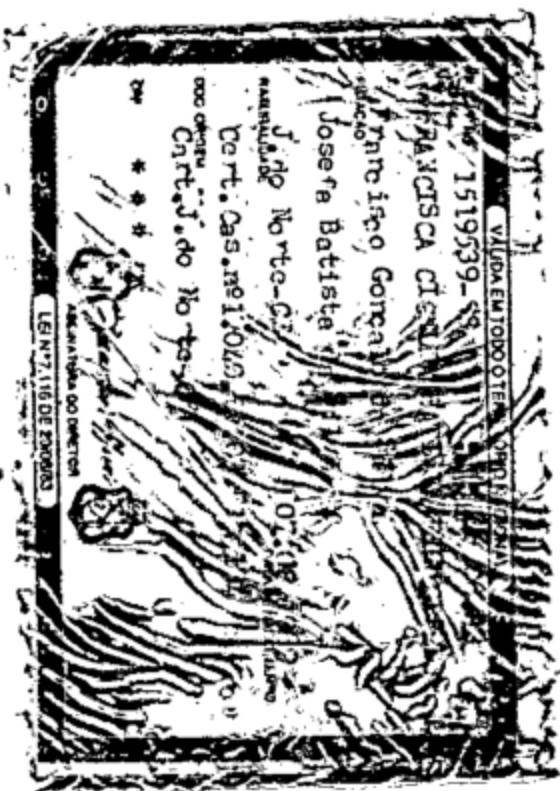
ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS:

EU ANTÔNIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS 95029135423
CPF 617.322.223-04

EU Francisca Lúcia Balbino Figueira 1519539-88
CPF 790.325.593-20

INVEST PREV

06 JUN 2015



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
790.325.593-20

Nome
FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO

Nascimento
07/08/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE
B202.DDE4.862F.232B**

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:48:06 do dia 05/01/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Testemunha

INVEST PREV

06 JUN 2015

**CAIXA**
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - PAE CARIRI GARDEN SHOPING
DATA: 07/05/2015 HORA: 11:50:23
TERMINAL: 00325051 CONTROLE: 003250510244

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORESREMETENTE
CGC/AGENCIA
CONTA
NOME

JUAZEIRO DO NORTE

FAVORECIDO

CGC/AGENCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.067.271-4
NOME : RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIRE

VALOR

DATA DE EFETIVACAO : 07/05/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APÓS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726.0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725.7474
www.caixa.gov.br

INVEST PREV

06 JUN 2015



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, Raimunda Nenata Batista Figueiredo Almeida
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2005029053511 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 10/02/2012
 CPF 047320673-01 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 067271-4

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.

Guarano, 01 de junho de 2015 Raimunda Nenata Batista Figueiredo Almeida
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



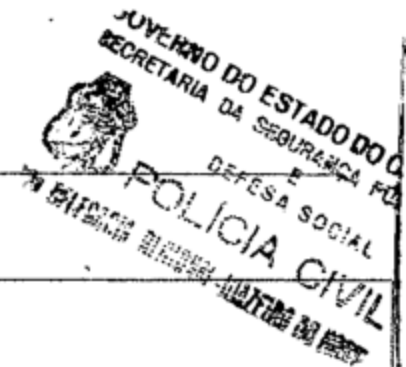
ATENÇÃO

- 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 7076 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/05/2015 10:13:06**

Data / Hora da Ocorrência : **23/02/2015 19:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R JUAREZ TAVORA, EM FRENTE 137**

JUVENCIO SANTANA JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA**

Nascimento : **16/07/1991**

RG: **2005029053511** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**

Filiação: **MOACIR DE SOUSA FIGUEIREDO**

FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIREDO

Endereço: **R JUAREZ TAVORA 137**

JUVENCIO SANTANA

JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone:



Histórico

Advertida das penas cominadas nos artigos 340 e 342, ambos do cpb, a vítima comunica que quando trafegava na garupa da Motocicleta Honda CG 125 Fan, Ano de fabricação 2008/2008, de Cor preta, de Placa HYS 6604, Chassi nº 9c2jc30708r152350, Renavam nº 957535538, conduzida por ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS, PORTADOR DA CNH 05788527526, já em frente a sua residência, foi colidida por um carro VW gol de placa não anotada, que evadira do local sem prestar socorro, onde a vítima veio a cair, causando-lhe fratur no pé direito; QUE foi socorrido por familiares e levado para UPA desta cidade de Juazeiro do Norte/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

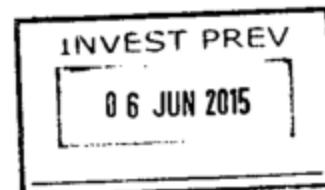
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DOCUMENTO 2 *T2%*



Eu, Raimunda Nenata Batista Figueiredo Almeida, portador da carteira de identidade nº 2005029053511 e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.320.673-01, residente e domiciliado na Rua: Marechal Fariaz Távora, 137, Cidade Quazeiro do Norte 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 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.

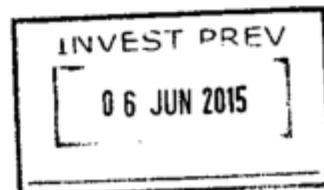
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Raimunda Nenata Batista Figueiredo Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quazeiro do Norte/PB

Local e data





Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

1 / 2

JUAZEIRO DO NORTE

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **RAINUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**
Nome Mãe: **FRANCISCA CECILIA BATISTA FIGUEIDERO**
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **NAO INFORMADO,**
Bairro: **LIMOEIRO**
CEP: **63000000**

Data: **23/02/2015**
Nº Atendimento: _____ Nº Cartão SUS: _____
Cor: **PARDA** Telefone: _____
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **SN** Compl.: _____
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome: _____
Endereço: _____
Chegou Como: **meios proprios**

Telefone: _____
Grau de Parentesco: _____
Procedência: _____ Tipo da Ocorrência: _____

Classificação de Risco

Nível

Escala de Dor:

Queixa:



Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(C°):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação de Risco: **Amarelo Observacao**

Especialidade: **CLINICA MÉDICA**

Anamnese:

paciente vítima de acidente de moto

Exame Físico

ESCOREAÇÕES EM AMBAS AS PERNAS E FRATURA EM PE DIREITO

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA NO PÉ

Diagnóstico primário:

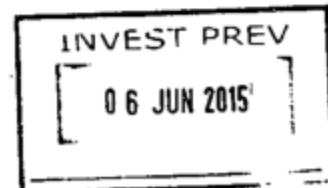
fratura no pé

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

A0 HRC

Reavaliação:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida

RG nº 2005029053511, data de expedição 10/02/2012 Órgão SSP-CE,

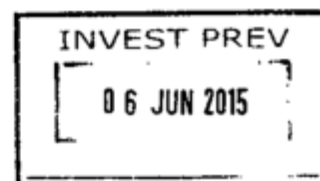
CPF nº 047.320.673-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua: Marechal Guarez Távora,</u> |
| Número | <u>137</u> |
| Apto / Complemento | <u>—</u> |
| Bairro | <u>Queneio Santana</u> |
| Cidade | <u>Juazeiro do Norte</u> |
| Estado | <u>Ceará</u> |
| CEP | <u>63.016.120</u> |
| Telefone de Contato | <u>(88) 8812-9688 / 3512-4870</u> |
| E-mail | <u>—</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte 01/06/2015

Assinatura do Declarante: Raimunda Nonata Batista Figueiredo Almeida





Nº de Inscrição:

021667873

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDINA MARIA G. DEZERRA

End. Leitura: RU. MAL. JUAREZ TAVORA, 137, JUVENILIO SANTANA

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 07101-120

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 012

Quadra: 0075

Lote: 0226

Camp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço

Medidor

Leitura Anterior

Leitura Atual

Volumem³Média Semestral(m³)

FGLIA

R09C124119

924

938

14

13

DATAS

Leitura Atual: 21/02/2015

Leitura: 21/02/2015

Lacre Água:

Leitura Anterior: 21/01/2015

Próxima Leitura: 21/03/2015

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras

Cloro

Turbidez

Cor

Coliformes Totais

Escherichia Coli

Engidas

Analisadas

Em conformidade

139

139

139

139

112

112

112

112

112

112

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

139

Declaração do Proprietário do Veículo

DOCUMENTO 4 *T4%*



Eu, Antonio Carlos Almeida dos Santos,

RG nº 95024135423, data de expedição 24/05/2013

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 617.322.223-04, com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de Ceará,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Juarez Távora, nº 137,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Reimunda Nobre Batista Figueiredo ^{ALMEIDA} o condutor era Antonio Carlos Almeida dos Santos.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/CG 125 FAN

Ano: 2006

Placa: HYS 6604

Chassi: 9C2JC30708R152350

Data do Acidente: 23.02.2015

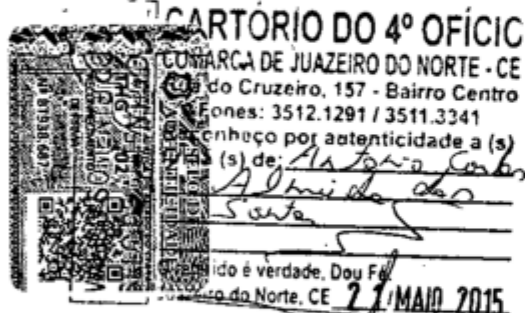
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 21 de Maio de 2015

4º OFÍCIO

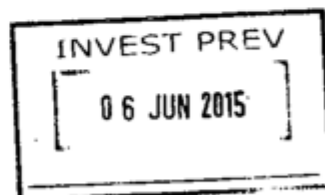
ANTONIO CARLOS ALMEIDA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

O declarante

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



José Francinaldo Lima
Escrevente Compromissado





JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte



1 / 2

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**
Nome Mãe: **FRANCISCA CICELIA BATISTA FIGUEIDERO**
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **NAO INFORMADO,**
Bairro: **LIMOEIRO**
CEP: **63000000**

Data: **23/02/2015**
Nº Atendimento: **3** Nº Cartão SUS:
Cor: **PARDA** Telefone:
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **SN** Compl.:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **meios proprios**

Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Nível

Escala de Dor:

Queixa:

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(C°):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação de Risco: **Amarelo Observacao**

Especialidade: **CLINICA MÉDICA**

Anamnese:

paciente vitima de acidente de moto

Exame Físico

ESCOREACOES EM AMBAS AS PERNAS E FRATURA EM PE DIREITO

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA NO PÉ

Diagnóstico primário:

fratura no pé

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

AO HRC

Reavaliação:

INVEST PREV

06 JUN 2015



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

2 / 2

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **RAIMUNDA NONATA FIGUEIREDO ALMEIDA**
Data Nascimento: **16/07/1991** Idade Aparente: **23** Sexo: **F**

Data: **23/02/2015**
Nº Atendimento: N° Cartão SUS:

Procedimentos

- ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

| Atendimento | Data / Hora | Profissional | Clínica |
|-------------|-------------|--------------|---------|
|-------------|-------------|--------------|---------|

Descrição

Sinais

Resumo dos Atendimentos

| Data / Hora | Profissional | Clínica | Tipo |
|-------------|--|----------------|---------------------------------|
| 23/02/2015 | CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO | CLINICA MÉDICA | INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO |

INVEST PREV

06 JUN 2015

Saída do **TRANSFERENCIA**

Data: **23/02/2015**

Hora:

Destino:

Observação

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:

Médico: **CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO**

CRM: **10466**

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Ataíde

PRONTUÁRIO:

*Alta para o domicílio
por parte do paciente
Donato Batista Figueira
Almeida em estado crítico
de acidente de trânsito, com
suspeita de fratura no
membro superior.*

*Fabiano Feitosa Rodrigues
Médico
CRM-CE 10.242*

DATA:

28, 2, 15.

MÉDICO | CREMEC

[Hospital Regional do Cariri | Rua Catulo da Paqueta Coarante, 1/A - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.043-162 | CNPJ: 05.268.526.0002-51]

INVEST PREV

06 JUN 2015



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
047.320.673-01

Nome
RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO
ALMEIDA

Nascimento
16/07/1991

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DOCUMENTO 10%

INVEST PREV

06 JUN 2015

CÓDIGO DE CONTROLE
8F6B.F248.48FE.1A35

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

08:20:04 do dia 08/03/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

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



Raimunda Nonata B. F. Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

P.: 98

CPF: 047.320.673-01

LIVRO: 8-82 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 - OFÍCIO TERMO: 22.223 FOLHA: 177

DOC. ORIGEM

JUAZEIRO DO NORTE - CE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO
16/07/1991

FRANCISCA CÍCÉLIA BATISTA FIGUEIREDO

MOACIR DE SOUSA FIGUEIREDO

RAIMUNDA NONATA BATISTA FIGUEIREDO ALMEIDA

REGISTRO GERAL 2005029053511

DATA DE EMISSÃO 10/02/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL