

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center  
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115

Fone: (0xx85) 3215-1116

E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

**Escritório Iguatu**

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9  
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105

Fone: (0xx88) 3581-1280

E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

## PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE: JULIANA GARCIA DA SILVA**, brasileira, solteira, do lar, portadora da Cédula de Identidade número 2002029036655 SSP/CE, inscrita no CPF sob o nº 012.603.663-24, residente e domiciliado no Sítio Quixoá, Nº 1082, Barro Alto, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

**OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Piazza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

**PODERES:** Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 13 de setembro de 2018.

Juliano Garcia do Silva

11  
A**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center  
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115

Fone: (0xx85) 3215-1116

E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

**Escritório Iguatu**

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9  
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105

Fone: (0xx88) 3581-1280

E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JULIANA GARCIA DA SILVA**, brasileira, solteira, do lar, portadora da Cédula de Identidade número 2002029036655 SSP/CE, inscrita no CPF sob o nº 012.603.663-24, residente e domiciliado no Sítio Quixoá, Nº 1082, Barro Alto, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

**DECLARO**, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 13 de setembro de 2018.

Juliana Garcia da Silva



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **012.603.663-24**

Nome: **JULIANA GARCIA DA SILVA**

Data de Nascimento: **30/11/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/06/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:53:28** do dia **18/09/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **9818.72A3.7B7D.2FEF**



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

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



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

fls. 13

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JULIANA GARCIA DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 25.06.18 CPF DA VÍTIMA 012.603.668-24  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JULIANA GARCIA DA SILVA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO OLIVEIRA  
 Nº 1082 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO PARQUE ALTO  
 CIDADE IGUAçu UF CE CEP 63.500-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (98) 3581-1280

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

012603663-24

JULIANA GARCIA DA SILVA

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                                          |                  |                                        |                                  |
|------------------------------------------|------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Nome completo<br>JULIANA GARCIA DA SILVA |                  | CPF titular da conta<br>012.603.663-24 | Profissão<br>DO CAR              |
| Endereço<br>SÍTIO BUIXOTA                |                  | Número<br>1082                         | Complemento                      |
| Bairro<br>BARRO ALTO                     | Cidade<br>IGUAÇU | Estado<br>CE                           | CEP<br>63.500.000                |
| Email                                    |                  |                                        | Telefone (DDD)<br>88-9.9231-5588 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BANCO DO NORDESTE 004

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

00021

40.509 8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

IGUAÇU, 06 de JUNHO de 18

Local e Data

BANCO DO NORDESTE  
EXTRATO P/SIMPLES VERIFICACAO  
CONTA CORRENTE  
EMITIDO EM : 04/06/2018 AS 12:45:55  
CONTA CORRENTE: AGENCIA 00021 CONTA 000040509-8  
CLIENTE: JULIANA GARCIA DA SILVA  
SALDO ANTERIOR 6,41

01/06/2018  
JUROS POUPANCA CORRE 039861 0,01 C  
SALDO 6,42

SALDO TOTAL DA CONTA 6,42

DISPONIVEL PARCIAL 0,00  
POUPANCA CORRENTE 6,42  
BLOQUEADO C/C 0,00

FUNDO INVESTIMENTO  
COM RESGATE AUTOMATICO  
SALDO LIQUIDO 0,00  
SEM RESGATE AUTOMATICO  
SALDO LIQUIDO 0,00

CPMF A COBRAR 0,00

SALDO DISPONIVEL TOTAL 6,42

DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 01/06/2018

FUNDOS DE INVESTIMENTO BANCO DO NORDESTE:  
CONFIE SEUS RECURSOS AO MAIOR GESTOR DE FUNDOS  
DE INVESTIMENTO DO NORDESTE. PROCURE SEU  
GERENTE OU ACESSE O INTERNET BANKING E  
DESCUBRA A MELHOR OPCAO.

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E  
OUVIDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

0021-0120-18.16.2-1-2-90-1903

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

Pag. 2 de 2

(Impressão em: 25/02/2019 às 16:33)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 2384 / 2018

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 26/04/2018 15:36:56

Data / Hora da Ocorrência: 21/01/2018 01:27:00

Endereço da Ocorrência: SÍTIO QUIXÓDÁ DOS LOPES

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência:

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JULIANA GARCIA DA SILVA

Nascimento: 30/11/1986 CPF: 012.603.663-24

RG: 2002029036655 Órgão Emissor: SSPDS

UF: CE

Filiação: MONICA DA SILVA NOGUEIRA

FRANCISCO DA SILVA GARCIA

Endereço: RUA MAELETE CORTEZ, 491

Bairro: COCOBO

Município: IGUATU/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (88) 99901-7437

## Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWS0854 Uf: CE Município: IGUATU Chassi:

9C2KD033D6R028508 Renavam: BB9263752 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano

Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2006 Combustível: GASOLINA Cor:

AZUL Proprietário: VALDERY LOPES BEZERRA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

## Histórico

Compareceu a esta delegacia(a) DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeira, na moto acima cadastrada, e tendo como CONDUTOR: VALDERY LOPES BEZERRA, que só sofreu arranhões; Que trafegavam na referida moto quando um cachorro atravessou na frente vindo a colidir com o mesmo e a cair; Que a declarante foi socorrida por populares para o Hospital Regional de Igatu, a sendo atendido pelo Dr. RODRIGO VIANA DOS SANTOS; Que segundo o laudo médico QUEBROU O PULSO DA MÃO DIREITA, tendo sido feita cirurgia e colocado uma placa. E QUEBROU O NARIZ; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT: 300074-1-7



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JULIANA GARCIA DA SILVA

CPF da Vítima

01260366324

Data do Acidente

21.01.18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

IGUAÇU, 05 de JUNHO de 18

Local e Data

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUAU - FUSPI  
HOSP. P. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 21/01/2018 01:27

Página 1

v2017003

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

|                                        |                      |                                             |                    |                     |
|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Prontuário<br>112286                   | Atendimento<br>0001  | Nome do Paciente<br>JULIANA GARCIA DA SILVA | CNS                | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>Ignorado               |                      | Estado Civil<br>Solteiro(a)                 | Sexo<br>Feminino   |                     |
| Data de Nascimento<br>30/11/1986       | Local<br>IGUAU/CE    | Idade<br>31 Anos(e)                         |                    |                     |
| Pai<br>FRANCISCO FELIX DA SILVA        |                      | Mãe<br>MONICA GARCIA DA SILVA               |                    |                     |
| Endereço<br>SÍTIO QUIXOA DOS LOPES, SN | Bairro<br>ZONA RURAL | CEP<br>63500-000                            | Município<br>IGUAU | UF<br>CE            |
| Profissão                              | Empresa              | Cônjuge                                     |                    |                     |
| Responsável<br>JULIANA                 | CPF do Responsável   | Endereço<br>SÍTIO QUIXOA DOS LOPES, SN      | Município<br>IGUAU | UF<br>CE            |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                         |                     |                                      |                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>21/01/2018                          | Hora<br>01:27       | Convênio<br>SUS                      | Matrícula                                   | CID                                                |
| Profissional do Atendimento<br>RODRIGO VIANA DOS SANTOS |                     | CRM/UF<br>13374/CE                   | Tipo Atendimento<br>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA |                                                    |
| Indicador de Acidente                                   |                     | Funcionário<br>LUCIENE GOMES RIBEIRO |                                             |                                                    |
| Observação                                              |                     |                                      |                                             |                                                    |
| Sala                                                    | Data/Hora Liberação | às                                   | hs.                                         | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
| Sinais Vitais                                           |                     |                                      |                                             |                                                    |
| Peso (kg)                                               | Altura (cm)         | T (°C)                               | P (bpm)                                     | R (mpm)                                            |
|                                                         |                     |                                      |                                             | PA (mmHg)                                          |

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

PACIENTE REFERE HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO DEU ENTRADA NO SERVIÇO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM ABD E TUMES. RELATA EPISTAXE E BOB COM ANTERIOR DIREITO. NEGA Síncope, náuseas e vômitos

- CD: 1) Limpeza de escoriações  
2) radiografia de crânio e ante braço direito  
3) talia encerrada  
4) encaminhamento da traumatologia

Dr. Rodrigo Viana  
Cirurgião Geral  
CRM: 13.374

626.568

Dr. Otonário 95mg - 24 03:55

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI  
HOSP-REG. MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 22/01/2018 07:16

Página 1

v2017003

## Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

## DADOS DO PACIENTE

|                                        |                      |                                             |                     |                     |
|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Prontuário<br>112286                   | Atendimento<br>0003  | Nome do Paciente<br>JULIANA GARCIA DA SILVA | CNS                 | Guia de Autorização |
| Documento(a)<br>Ignorado:              |                      | Estado Civil<br>Solteiro(a)                 | Sexo<br>Feminino    |                     |
| Data de Nascimento<br>30/11/1986       | Local<br>IGUATU/CE   | Idade<br>31 Ano(s)                          |                     |                     |
| Pai<br>FRANCISCO FELIX DA SILVA        |                      | Mãe<br>MONICA GARCIA DA SILVA               |                     |                     |
| Endereço<br>SITIO QUIXOA DOS LOPES, SN | Bairro<br>ZONA RURAL | CEP<br>63500-000                            | Município<br>IGUATU | UF<br>CE            |
| Profissão                              | Empresa              | Cônjugue                                    |                     |                     |
| Responsável<br>JULIANA GARCIA DA SILVA | CPF do Responsável   | Endereço<br>SITIO QUIXOA DOS LOPES, SN      | Município<br>IGUATU | UF<br>CE            |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                      |                     |                                   |                                             |                                                    |
|------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>22/01/2018                       | Hora<br>07:15       | Convênio<br>SUS                   | Matrícula                                   | CID                                                |
| Profissional de Atendimento<br>CARLOS ATILA DA SILVA |                     | CRM/UF<br>14577/CE                | Tipo Atendimento<br>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA |                                                    |
| Indicador de Acidente                                |                     | Funcionário<br>ANA KELE RODRIGUES |                                             |                                                    |
| Observação                                           |                     |                                   |                                             |                                                    |
| Sala                                                 | Data/Hora Liberação | às                                | hs.                                         | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
| Sinais Vitais                                        |                     |                                   |                                             |                                                    |
| Peso (kg)                                            | Altura (cm)         | T (°C)                            | P (bpm)                                     | R (mpm)                                            |
| PA (mmHg)                                            |                     |                                   |                                             |                                                    |

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*fx de nó do distal*  
*C. Blaticeo*

994005854

999027437

997706017

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI  
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 05/03/2018 08:08

Página 1

v2017003

## Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

## DADOS DO PACIENTE

|                                        |                      |                                             |                        |                     |
|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Prontuário<br>112286                   | Atendimento<br>0008  | Nome do Paciente<br>JULIANA GARCIA DA SILVA | CNS<br>898004236313652 | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>CPF: 012.603.663-24    |                      | Estado Civil<br>Solteiro(a)                 | Sexo<br>Feminino       |                     |
| Data de Nascimento<br>30/11/1986       | Local<br>IGUATU/CE   | Idade<br>31 Ano(s)                          |                        |                     |
| Pai<br>FRANCISCO DA SILVA GARCIA       |                      | Mãe<br>MONICA DA SILVA NOGUEIRA             |                        |                     |
| Endereço<br>SITIO QUIXOA DOS LOPES, SN | Bairro<br>ZONA RURAL | CEP<br>63500-000                            | Município<br>IGUATU    | UF<br>CE            |
| Profissão                              | Empresa              | Cônjugue                                    |                        |                     |
| Responsável<br>JULIANA GARCIA DA SILVA | CPF do Responsável   | Endereço<br>SITIO QUIXOA DOS LOPES, SN      | Município<br>IGUATU    | UF<br>CE            |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                             |                                   |                                                    |                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Data Atendimento<br>05/03/2018                              | Hora<br>07:09                     | Convênio<br>SUS                                    | Matrícula                   | CID       |
| Profissional do Atendimento<br>PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA |                                   | CRM/UF<br>025481/CE                                | Tipo Atendimento<br>RETORNO |           |
| Indicador de Acidente                                       |                                   | Funcionário<br>DEILA NOGUEIRA DA SILVA             |                             |           |
| Observação                                                  |                                   |                                                    |                             |           |
| Sala                                                        | Data/Hora Liberação<br>/ / às hs. | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |                             |           |
| Sinais Vitais                                               |                                   |                                                    |                             |           |
| Peso (kg)                                                   | Altura (cm)                       | T (°C)                                             | P (bpm)                     | R (mpm)   |
|                                                             |                                   |                                                    |                             | PA (mmHg) |

## Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Fratura exposta do 1º dedo  
direito no 9º dia. Sinais de consolidação.  
Reparado com placa.

CD 770 Unigow

Dr. Prisciliano Soares  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE JOELHO  
CRM-BA 20461 TECT 14/75

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI  
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Blativa 12017005

DADOS DO PACIENTE

|                                        |  |                                  |  |                                       |  |
|----------------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Nome<br><b>JULIANA GARCIA DA SILVA</b> |  |                                  |  | Prontuário/Atendimento<br>112286/0010 |  |
| Nascimento<br>30/11/1986               |  | Local<br>IGUATU                  |  | País Nacionalidade<br>Brasil          |  |
| Idade<br>31 Ano(s)                     |  | Estado Civil<br>Solteiro(a)      |  | Religião                              |  |
| Sexo<br>Feminino                       |  | Raça/Cor<br>Branca               |  | Etnia                                 |  |
| Documento(s)<br>CPF: 012.803.863-24    |  | CNS<br>89.8004.236.3136-52       |  |                                       |  |
| Endereço<br>SÍTIO QUIXOA DOS LOPES     |  | Nº<br>SN                         |  | Bairro<br>ZONA RURAL                  |  |
| Município<br>IGUATU-CE                 |  | CEP<br>63500-000                 |  |                                       |  |
| Fone<br>(88)99900-5458                 |  | Profissão                        |  | Empresa                               |  |
| Responsável                            |  | CPF do Responsável               |  | Fone Responsável                      |  |
| Endereço Responsável                   |  | Cônjuge                          |  |                                       |  |
| Mãe<br>MONICA DA SILVA NOGUEIRA        |  | Pai<br>FRANCISCO DA SILVA GARCIA |  |                                       |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                                                     |  |                                                                        |  |                        |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| Data/Hora<br>03/03/2018 17:17                                       |  | Quarto/Leito<br>409-0001                                               |  | Aposento<br>ENFERMARIA |  |
| Clínica<br>CL. CIRURGICA                                            |  | Setor<br>CLINICA CIRURGICA                                             |  |                        |  |
| Convênio<br>SUS                                                     |  | Metrícula                                                              |  | Autorização            |  |
| Médico<br>PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA                              |  | CRM<br>025481                                                          |  |                        |  |
| CID Principal<br>S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada |  | CID Complementar<br>S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada |  |                        |  |
| Observação                                                          |  |                                                                        |  |                        |  |
| Usuário<br>ANA KELE RODRIGUES                                       |  | Procedimento SUS                                                       |  | Sispre natal           |  |
| Data Saída                                                          |  | Hora                                                                   |  | Condição da Saída      |  |
| Usuário Saída                                                       |  |                                                                        |  |                        |  |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

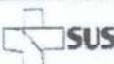
Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

|                                                                                 |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Hospital Regional Dr. Manoel<br>Batista de Oliveira<br>ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO | <b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

|                                                                      |             |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Tullson Viana de S</i>                        |             | N° DO PRONTUÁRIO  |  |
| DATA DA OPERAÇÃO<br><i>25/03/18</i>                                  | ENF.        | LEITO             |  |
| OPERADOR<br><i>Carvalho Severo</i>                                   |             | 1° AUXILIAR       |  |
| 2° AUXILIAR                                                          | 3° AUXILIAR | INSTRUMENTADOR    |  |
| ANESTESISTA                                                          |             | TIPO DE ANESTESIA |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO<br><i>Fratura distal do rádio D h 45</i> |             |                   |  |
| TIPO DE OPERAÇÃO<br><i>Artroscopia</i>                               |             |                   |  |
| DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO                                          |             |                   |  |
| RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA                                    |             |                   |  |
| EXAME RADIOLOGICO NO ATO                                             |             |                   |  |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO                                          |             |                   |  |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscemas.                                                                                                        |
| <i>Punctura em dupl. com rot. posterior<br/>Anest. e infiltração com bloqueio de<br/>fascia<br/>Recorte de Henry em punho direito<br/>lateralizado. Pós op. de punho e<br/>fixação com placa DCPB, 5 mm</i> |

|                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SUS</b><br>Sistema da Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  <b>HOSPITAL REGIONAL</b><br>IGATU |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                       |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                 |                                                                       | 2 - CNES                                                                                                              |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                                  |                                                                       | 4 - CNES                                                                                                              |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                       |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                    |                                                                       | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                                  |
| JULIANA GRÉCIA DA SILVA                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                       |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                      | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                | 9 - SEXO                                                                                                              |
| 898004236313652                                                                                                                         | 30/11/1986                                                            | Masc. <input type="checkbox"/> 11 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 13                                         |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                                         |                                                                       | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                              |
| MONICA DA SILVA NOGUEIRA                                                                                                                |                                                                       | 8899005458                                                                                                            |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                                         |                                                                       | 14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO                                                                                              |
| R - ST QUIXOA DOS LOPES                                                                                                                 |                                                                       | 15 - UF                                                                                                               |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                            |                                                                       | 16 - CEP                                                                                                              |
| IGATU                                                                                                                                   |                                                                       | CE                                                                                                                    |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                       |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                       |
| Grandes vômitos de putrefação de vômito                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                       |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                              |                                                                       |                                                                                                                       |
| Necessidade de cirurgia                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                       |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                     |                                                                       |                                                                                                                       |
| Anomalia e lesão por Rx                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                       |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                | 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                 | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                |
| Fx de fratura de rádio                                                                                                                  | S523                                                                  |                                                                                                                       |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                       |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                               |                                                                       | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                           |
| Ortopedia                                                                                                                               |                                                                       | 0408020428                                                                                                            |
| 26 - CLÍNICA                                                                                                                            | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                            | 28 - DOCUMENTO                                                                                                        |
|                                                                                                                                         |                                                                       | ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                       |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                      |                                                                       | 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                      |
| 000519818191310                                                                                                                         |                                                                       | Dr. Arseliano Soares                                                                                                  |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                |                                                                       | 32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO                                                                  |
| 05/03/18                                                                                                                                |                                                                       | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                             |
|                                                                                                                                         |                                                                       | QUIRURGIA DE JOELHO                                                                                                   |
|                                                                                                                                         |                                                                       | CRM: 35405 REG: 14775                                                                                                 |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                   |                                                                       |                                                                                                                       |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                           | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                               | 37 - Nº DO BILHETE                                                                                                    |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                                       | 39 - CNPJ EMPRESA                                                     | 38 - SÉRIE                                                                                                            |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                      | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                  | 41 - CBOR                                                                                                             |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                       |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                                              |                                                                       |                                                                                                                       |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                       |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                   | 44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR                                               | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                       |
|                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                       |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



Polegar Direito



*Juliana Garcia da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002029036655

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/2009

NOME JULIANA GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO DA SILVA GARCIA

MÔNICA DA SILVA NOGUEIRA

NATURALIDADE IGUAU - CE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1017 FOLHA: 509

LIVRO: 001 IGUAU - CE

CPF 012.603.663-24

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 135



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 513103482

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**FEV/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**6392320** DV **3**

VENCIMENTO  
**22/03/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 31 012006 04 0179000 Medidor 431892 Poste 0000 0  
Nome JULIANA GARCIA DA SILVA  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST QUIXOA 01082 BARRO ALTO IGUATU

RG / CPF / CNPJ 012.603.663-24 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leitura Atual | Leitura Anterior | Constante | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado |
|---------------|------------------|-----------|---------------|---------------|------------------|
| 26511         | 26455            | 1         | 56            | 0             | 56               |

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

| Quantidade | Tarifa  | Valor (R\$) |
|------------|---------|-------------|
| 56         | 0,34474 | 19,30       |

**ENERGIA**

Consumo faixa 0-30 Kwh

**DATAS DE LEITURA**

| Data de Emissão/<br>Apresentação | Prev. Próxima<br>Leitura |
|----------------------------------|--------------------------|
| 14/03/2018                       | 14/03/2018               |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

B62E.0DF6.9FDC.9850.39FA.0B4D.CEF1.7BF9

**ICMS**

| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO                |          |                  |

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| ENERGIA                     | 9,22 |
| TRANSMISSÃO                 | 0,92 |
| DISTRIBUIÇÃO                | 6,26 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 2,17 |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 0,73 |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

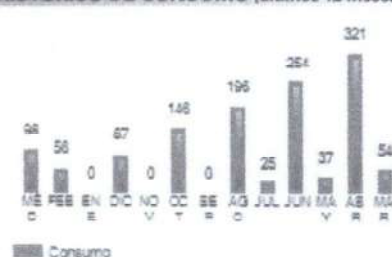
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,71

Conjunto IGUATU

Mês DEZ/ 2017

|          | Padrão Individual |             | Apuração Individual |             |
|----------|-------------------|-------------|---------------------|-------------|
|          | Mensal            | Trim. Anual | Mensal              | Trim. Anual |
| DIC (h)  | 10,58             | 21,17 42,34 | 0,00                | 0,00 20,57  |
| FIC (un) | 7,52              | 15,04 30,09 | 0,00                | 0,00 9,00   |
| DMIC (h) | 5,68              |             | 0,00                |             |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emitido kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| 0                             | 0                                | 100                                      |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."  
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-  
LEIT DIRETUAL ART 06 REG 414

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia  
elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017,  
conforme o Edital nº 015/2018, e as faturas substituídas  
quitadas anteriores.

N° do Cliente: **6392320-3** N° da Nota Fiscal: **513103482** Total a Pagar (R\$): **0,00**  
Data de Emissão: **07/03/2018** Referência: **FEV/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011610117829  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT VIA 01 Cód. RENAVAM 00889263752 R.N. TR.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME  
VALDERY LOPES BEZERRA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
IGUATU /CE

CPF / CNPJ 85313874853 PLACA HWS0854/CE

PLACA ANT. / UF /CE 9C2KD03306R028508 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS  
I P V A  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 2 \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* 3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES  
DOCUMENTO DE REGISTRO OBRIGATORIO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL IGUATU DATA 21/05/2014

Igor Ponte  
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 011610117829 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 2014 DATA EMISSÃO 21/05/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 85313874853 PLACA HWS0854

RENAVAM 00889263752 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2006 CAT. TAB 09 Nº CHASSI 9C2KD03306R028508

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04 DENATRAM (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 1.11 TOTAL DO SEGURO (R\$) 292.01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/05/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

04322

**SINISTRO 3180273488 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JULIANA GARCIA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** JULIANA GARCIA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 01260366324**Posição em 13-09-2018 08:59:15**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 13/09/2018        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

1



0004546-50.2018.8.06.0091

JUSTIÇA GRATUITA

Classe : Procedimento Comum  
Assuntos : Seguro  
Acidente de Trânsito  
Competência : Cível Interior  
Valor da ação : R\$ 15.525,00  
Volume : 1  
Requerente : Juliana Garcia da Silva  
Advogada : Eurijane Augusto Ferreira (OAB: 16326/CE)  
Requerido : Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A  
Requerido : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro  
DPVAT  
Distribuição : Sorteio - 18/10/2018 13:03:15

1  
Vara