

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"
PARA AÇÃO DE COBRANÇA E REAJUSTE MONETÁRIO DO SEGURO
DPVAT

OUTORGANTES: JOSÉ CLEUDON DE LIMA, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do RG nº 2016105780-7, SSP-CE e CPF nº 382.164.263-72, residente e domiciliado no Sítio Lima, São João do Jaguaribe, Ceará, Centro, CEP 62965-000.

Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador Dr. PAULO EDUARDO GIFONI MAIA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 12.606 e CPF nº 261.077.243-20, com escritório profissional sito à Av. Oliveira Paiva, 2797, lj.24, Bairro Parque Manibura, em Fortaleza, Ceará, CEP 60821-802, Telefone: (085) 3278-2894(Comercial), (085)8702-2894(celular), email: paulogifoni@gmail.com e MIGUEL E SOUSA ADVOCACIA E CONSULTORIA, Sociedade de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB sob nº 5759/2016, inscrição nº 24.654.494/0001-96, neste ato por seu titular Leonardo Sousa Farias, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB 23.894, e-mail previdenciario.perito@gmail.com

FINALIDADE: Representar o outorgante a fim de proporem AÇÃO DE COBRANÇA E REAJUSTE MONETÁRIO DO SEGURO DPVAT

PODERES: Os poderes contidos na cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, conferindo, também, poderes específicos 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, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Não autorizo por este instrumento os advogados a sacarem valores em meu nome.

Nesta data, em 11:25.


Outorgante

CONTRATO DE HONORÁRIOS

CONTRATANTE: JOSÉ CLEUDON DE LIMA, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do RG nº 2016105780-7, SSP-CE e CPF nº 382.164.263-72, residente e domiciliado no Sítio Lima, São João do Jaguaribe, Ceará, Centro, CEP 62965-000.

CONTRATADO: Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador Dr. PAULO EDUARDO GIFONI MAIA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 12.606 e CPF nº 261.077.243-20, com escritório profissional sito à Av. Oliveira Paiva, 2797, lj.24, Bairro Parque Manibura, em Fortaleza, Ceará, CEP 60821-802, Telefone: (085) 3278-2894(Comercial), (085)8702-2894(celular), email: paulogifoni@gmail.com e MIGUEL E SOUSA ADVOCACIA E CONSULTORIA, Sociedade de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB sob nº 5759/2016, inscrição nº 24.654.494/0001-96, neste ato por seu titular Leonardo Sousa Farias, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB 23.894, e-mail previdenciario.perito@gmail.com.

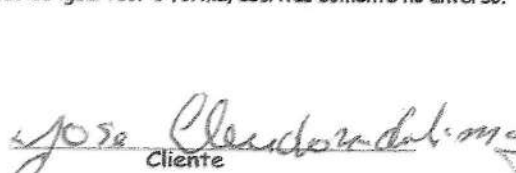
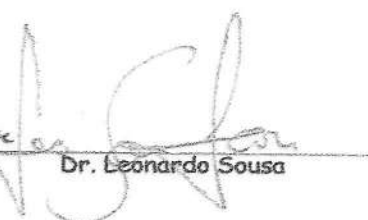
CLÁUSULA I - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS: Os outorgados obrigam-se a prestar ao(s) CONTRATANTE(S), nos termos da procuração, o ingresso e acompanhamento da **AÇÃO DE COBRANÇA E REAJUSTE MONETÁRIO DO SEGURO DPVAT**, até o final do processo.

CLÁUSULA II - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: O(S) CONTRATANTE(S) pagará(ão) ao CONTRATADO, somente se ganhar o processo, trinta por cento dos valores que ganhar a título de atrasados tanto em pagamento judicial como administrativo. O(S) CONTRATANTE(S) concordam que seja destacado o valor dos honorários contratados em nome da sociedade de advogados, em conformidade com o disposto no artigo 85, §15 da Lei 13.105/2015, declarando nesse ato que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, tampouco adiantará no decorrer do processo, por convenção de que os advogados só receberão pelo seu trabalho caso tenham êxito na presente demanda. Fica assim acordado que em caso de desistência da ação (antes ou após a distribuição) o CONTRATANTE deverá pagar ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de um salário-mínimo nacional a título de multa contratual. Em caso de acordo ou pagamento no âmbito administrativo, os honorários contratados serão devidos igualmente aos advogados.

CLÁUSULA III - DA AUTORIZAÇÃO: O(S) CONTRATANTE(S) autorizam os CONTRATADOS a enviarem correspondências, no endereço informado, com objetivo de manter informado sobre questões relacionadas ao direito e cidadania, sem nenhum custo adicional.

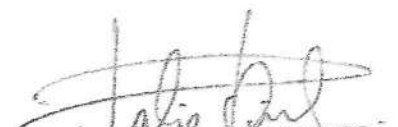
CLÁUSULA IV - DA RESPONSABILIDADE E AUTENTICIDADE: O(S) CONTRATANTE(S) se responsabilizam pela autenticidade e veracidade dos documentos entregues ao CONTRATADO, bem como pelas informações fornecidas no ato do atendimento e por aquelas que forem prestadas no decorrer da ação judicial.

Assim, em 11:25, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam as partes o presente instrumento, extraído em duas vias de igual teor e forma, escritas somente no anverso.



 Cliente Dr. Leonardo Sousa

Testemunhas:


 Louise Grünhauser Soares
 CPF: 013.472.620-79


 Fabio Pinto
 CPF: 364.424.450-20

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

JOSÉ CLEUDON DE LIMA, BRASILEIRO, DIVORCIADO, AGRICULTOR, PORTA-
DOR DO R.G DE Nº 2016105780-7, CPF DE Nº 382.164.263-72,
RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO LIMA, SÃO JOÃO DO JAQUARIIBE,
CENTRO, CEP: 62965-000, CEARÁ.

declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.

Recebo mensalmente o valor de R\$ _____, ao qual faço prova em anexo.

COMPLETAR ESSA PARTE: Não possuo veículo/moto em meu nome, tampouco imóveis, (moro de aluguel)...

Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 5/5/2017.

Jose Cleudson de Lima
Declarante

SUBSTABELECIMENTO C/C CESSÃO DE DIREITOS

Eu, Dr. PAULO EDUARDO GIFONI MAIA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/CE sob nº 12.606, com endereço na Av. Oliveira Paiva, nº 2797, Lj. 24, Bairro Parque Manibura, na cidade de Fortaleza-CE, CEP 60821-802, telefone: (85) 3278-2894, (85) 98702-2894 (OI) e (85) 99987-1612 (TIM/WHATSAPP), e-mail paulogifoni@gmail.com, pelo presente instrumento particular de SUBSTABELECIMENTO c/c Cessão de Direitos de valores contratuais, substabeleço com reservas de iguais poderes para Cássia Peters Lauritzen, Sociedade Individual de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB, neste ato por sua titular Cássia Peters Lauritzen, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/PE sob o n. 46.856, endereço eletrônico pericia.peters@gmail.com, sendo esse último, contratado para elaboração de petições, cálculos e movimentação processual, 100% (cem por cento) dos honorários advocatícios contratuais e sucumbenciais obtidos na ação de JOSÉ CLEUDON DE LIMA.

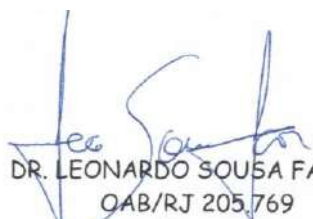
Data, 7 de agosto de 2018.

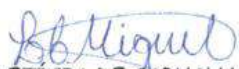

PAULO EDUARDO GIFONI MAIA
Advogado
OAB/CE nº 12.606

RENÚNCIA DE MANDATO

Miguel e Sousa Advocacia e Consultoria, Sociedade de Advocacia, devidamente registrada junto ao OAB n. 5759/2016, inscrição n. 24.654.494/0001-96, neste ato representada por seus sócios, **Dr. Leonardo de Sousa Farias**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RS nº 87.452, OAB/RJ nº 205.769 e OAB/PB nº 23.894 e **Dra. Leticia de Carvalho Miguel**, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/ES n. 26.577 e OAB/RS n. 92.720, pelo presente instrumento particular, **RENUNCIA AOS PODERES conferidos em seu nome e em nome de seus sócios por procuração ad judicia e administrativa, bem como aos honorários contratuais ou de sucumbência fixados de acordo com o contrato de honorários assinado**, obtidos na ação proposta por **JOSÉ CLEUDON DE LIMA**.

Rio Grande do Sul, 3 de agosto de 2018.


DR. LEONARDO SOUSA FARIAS
OAB/RJ 205.769
OAB/RS 87.452


DRA. LETICIA DE CARVALHO MIGUEL
OAB/RS 92.720
OAB/ES 26.577



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO - SAAE

RUA CAPITÃO JOSÉ RODRIGUES, 286 - CENTRO
S. JOÃO DO JAGUARIBE - CE - CEP: 62.965-000
Fone: (88) 99955.2529 - C.N.P.J.: 07.630.353/0001-14

CONTA D'ÁGUA

0001879.4 PAR T-1 0 0 0 0 1 180001166 02/02/18 **JAN/2018**
INSCRIÇÃO CLS TAR ECONOMIAS NF / CONTA EMISSÃO MES/FAT.
JOSE CLEUDON DE LIMA RES COM IND - PUB OUT
SÍTIO LIMA, CENTRO
S. JOAO DO JAGUARIBE Cep: 62.965-000 00.00.07.0000000870
CEARA LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA				LOCALIZAÇÃO			
ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES/FAT	CONS.	OCO	DC	COD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
JAN/18	11	000	029	001	TARIFA DE AGUA		23,50
DEZ/17	14	000	029				14
NOV/17	14	000	031				14
OUT/17	19	000	030				19
SET/17	13	000	033				13
AGO/17	10	000	023				10
JUL/17	16	000	035				16
Média: 00014							
MÉDIA:							

HIDROMETRIA							
HIDROMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DI. LEITURA	LEIT. ATUAL	DI. LEITURA	CONSUMO DIAS/CONSUMO	OCO. LEITURISTA

OBSERVAÇÕES		PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
		Portaria 2.914 de 12/12/2011 - valores máximos permitidos					
		Período:					
		Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fluor	Coli. Totais
		até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
		Parâmetros Padrão					
		Obtidos					
		Qtde Análise					

MENSAGENS
conforme abaixo informamos, existe uma pendência em este SERVIÇO, solicitamos a regularização do mesmo até o dia 11/02/2018, quando será efetuado o corte.

MULTA 2% 0,47 ENCARGOS DIÁRIOS 0,03% 0,01 MESES EM DÉBITO OUT/2017, NOV/2017, DEZ/2017, SET/2017
VENCIMENTO 20/02/2018 VALOR R\$ 23,50
CONSUMIDOR X

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO SAAE DE S. JOÃO DO JAGUAR
NOME: LOCALIZAÇÃO:
END. JOSE CLEUDON DE LIMA 00.00.07.0000000870
INSCRIÇÃO SÍTIO LIMA, CENTRO NF / CONTA VENCIMENTO VALOR
0001879.4 JAN/2018 180001166 20/02/2018 23,50
0001879.01.18.180001166
82690000000 9 23500268000 9 18790118180 5 00116600002 4
SAAE NÃO RASURE AUTENTICAÇÃO NO VERSO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CASSIA BOEIRA PETERS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/01/2019 às 11:10, sob o número 01006071520198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100607-15.2019.8.06.0001 e código 42465A1.

**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO - SAAE**

RUA CAPITÃO JOSÉ RODRIGUES, 286 - CENTRO
S. JOÃO DO JAGUARIBE - CE - CEP: 62.965-000
Fone: (88) 99955.2529 - C.N.P.J.: 07.630.353/0001-14

CONTA D'ÁGUA

fls. 14

0001879.4 PAR T-1 0 0 0 0 1 170006070 02/10/17 **SET/2017**
INSCRIÇÃO CLS TAR RES COM IND PUB OUT NF / CONTA EMISSÃO MES/FAT.
JOSE CLEUDON DE LIMA
SÍTIO LIMA,
CENTRO
S. JOAO DO JAGUARIBE Cep: 62.965-000
CEARA 00.00.07.0000000870
LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MÊS FAT	CONS.	OCO	DC	CÓD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
SET/17	13	000	033	001	TARIFA DE AGUA		27,51
AGO/17	10	000	023				
JUL/17	16	000	035				
JUN/17	13	000	000				
MAI/17	11	000	000				
ABR/17	08	000	000				
MAR/17	09	000	000				

Média: 00011
MÉDIA:

HIDROMETRIA									
HAI/17	0007484	IAS/17	0007485	LEI/17	0007486	DE/17	0007487	CONSUMO	DIAS/CONSUMO

OBSERVAÇÕES				PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
				Portaria 2.914 de 12/12/2011 - valores máximos permitidos			
Reservatório:				Período:			
Parâmetros Padrão				Cor até 15UH	pH 6,0 a 9,5	Cloro até 5,0 mg/l	Turbidez até 5UT
Obtidos							Fúor até 1,5 mg/l
Qtd e Análise							Coli. Totais Ausente

conforme abaixo informamos, existe debito para com este SERVIÇO,
solicitamos a regularização do mesmo até o dia 11/10/2017, quando será
efetuado o corte.

MULTA 2% 0,55 ENCARGOS DIÁRIOS 0,03% 0,01 MESES EM DÉBITO JUN/2017, JUL/2017, AGO/2017
VENCIMENTO 20/10/2017 VALOR R\$ 27,51
CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO - SAAE

NOME: JOSE CLEUDON DE LIMA
END. SÍTIO LIMA, CENTRO LOCALIZAÇÃO:
INSCRIÇÃO 0001879.4 MES/FAT. SET/2017 NF / CONTA 170006070 VENCIMENTO 20/10/2017 VALOR 00.00.07.0000000870 27,51

SAAE 02650000000.3 27510268000.4 18790917170.9 00607000002.8
NÃO RASURE AUTENTICAÇÃO NO VERSO





PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que JOSE CLEUDON DE LIMA, deu entrada neste Hospital no dia 06/09/16 Prontuário N.º 160.990 aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA ESQUERDA CID S 82.2 + FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO CID S 93.0 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 11/09/16. Paciente encontra-se em alta médica definitiva.

Fortaleza, 6 de dezembro de 2016.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO


Valterno Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193


PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS-LTDA
CNPJ: 07.272.297/0001-93
Layanne Aparecida S. da Silva
Mat: 12.273 - Auxiliar SAME



ESTADO DO CEARÁ
SEC. DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIRO MILITAR
SERVIÇO MÉDICO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



ATESTADO

Atesto que o Sr. JOSÉ CHESON DE LIMA
foi vítima de um acidente
causado por queda de altura
resultando em lesões
no ombro esquerdo e
no tornozelo direito.
O paciente foi encaminhado
para o Hospital PSA para
tratamento e avaliação.
CID - S82.

Inf. 03/11/17.

Dr. Antônio Carlos P. Chaves
T. Cel. 314.1559
CRM 5287, CPM 135623503-78



HOSPITAL PSA

Nome: JOSÉ CHESON DE LIMA

LAPO MÉRITO

Ateste que o paciente acima
foi vítima de um acidente
por quedas de altura
de cerca de 10 metros
resultando em lesões
e sint. dir. no
ombro e tornozelo.

Data		Assinatura e carimbo do Médico	
Retornos:	Dia <u>11</u> Hora <u>10</u>	Dia <u>11</u> Hora <u>10</u>	
	Dia <u>11</u> Hora <u>10</u>	Dia <u>11</u> Hora <u>10</u>	

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Serviço de Emergência



Cadastramento Único para Programas Sociais
Alteração de dados de identificação do Domicílio e da Família



1 - Dados de controle

101 - Tipo Doc: 01 102 - Nº de ordem: 00 103 - Data da pesquisa: 17/05/2010 104 - Número de identificação Social - NIS do entrevistado: 23475424 Código Domoclar: 23475424

105 - Nome do entrevistado: EDMILSON PEREIRA LIMA 106 - CNPJ da Prefeitura/Órgão/Empresa: 107 - Modalidade: 2 1 - Inclusão 2 - Alteração

Atenção básica à saúde

108 - Nome do estabelecimento de assistência à saúde: 109 - Código EAS/MS:

2 - Identificação do domicílio e da família

Endereço

201 - CEP: 62965-000 Logradouro (Rua, Praça, Largo, Alameda, Avenida, Travessa etc): 202 - Tipo: 203 - Nome: LIMA 204 - Número: 58FV4

205 - Complemento: 206 - Bairro: ZONA RURAL 207 - UF: 208 - Nome do município: 209 - DDD: 210 - Telefone para contato:

211 - Tipo de localidade: 212 - Domicílio coberto por: 213 - Situação: 1 - Próprio 4 - Cedido 2 - Alugado 5 - Invasão 3 - Arrendado 6 - Financiada 7 - Outra

214 - Tipo: 1 - Casa 3 - Cômodos 215 - Número de cômodos: 07 216 - Tipo de construção: 1 - Tijolo/Alvenaria 3 - Tapa revestida 5 - Madeira 7 - Outro 2 - Apartamento 4 - Outro 217 - Tipo de abastecimento de água: 1 - Rede pública 3 - Carro pipa 218 - Tratamento de água: 1 - Filtração 3 - Cloração 5 - Outro 219 - Tipo de iluminação: 1 - Relógio próprio 4 - Lâmpada 2 - Poço Nascente 4 - Outro 220 - Escoamento sanitário: 1 - Rede pública 3 - Fossa séptica 5 - Ceu aberto 221 - Destino do lixo no domicílio: 1 - Coletado 3 - Enterrado 5 - Outro 222 - Quantidade de pessoas: 03 223 - Quantidade de mulheres grávidas: 224 - Quantidade de mães amamentando: 225 - Quantidade de deficientes:

226 - Quantidade de pessoas: 03 227 - Quantidade de mulheres grávidas: 228 - Quantidade de mães amamentando: 229 - Quantidade de deficientes:

230 - Quantidade de pessoas: 03 231 - Quantidade de mulheres grávidas: 232 - Quantidade de mães amamentando: 233 - Quantidade de deficientes:

234 - Quantidade de pessoas: 03 235 - Quantidade de mulheres grávidas: 236 - Quantidade de mães amamentando: 237 - Quantidade de deficientes:

238 - Quantidade de pessoas: 03 239 - Quantidade de mulheres grávidas: 240 - Quantidade de mães amamentando: 241 - Quantidade de deficientes:

242 - Quantidade de pessoas: 03 243 - Quantidade de mulheres grávidas: 244 - Quantidade de mães amamentando: 245 - Quantidade de deficientes:

246 - Quantidade de pessoas: 03 247 - Quantidade de mulheres grávidas: 248 - Quantidade de mães amamentando: 249 - Quantidade de deficientes:

250 - Quantidade de pessoas: 03 251 - Quantidade de mulheres grávidas: 252 - Quantidade de mães amamentando: 253 - Quantidade de deficientes:

254 - Quantidade de pessoas: 03 255 - Quantidade de mulheres grávidas: 256 - Quantidade de mães amamentando: 257 - Quantidade de deficientes:

258 - Quantidade de pessoas: 03 259 - Quantidade de mulheres grávidas: 260 - Quantidade de mães amamentando: 261 - Quantidade de deficientes:

262 - Quantidade de pessoas: 03 263 - Quantidade de mulheres grávidas: 264 - Quantidade de mães amamentando: 265 - Quantidade de deficientes:

266 - Quantidade de pessoas: 03 267 - Quantidade de mulheres grávidas: 268 - Quantidade de mães amamentando: 269 - Quantidade de deficientes:

270 - Quantidade de pessoas: 03 271 - Quantidade de mulheres grávidas: 272 - Quantidade de mães amamentando: 273 - Quantidade de deficientes:

274 - Quantidade de pessoas: 03 275 - Quantidade de mulheres grávidas: 276 - Quantidade de mães amamentando: 277 - Quantidade de deficientes:

278 - Quantidade de pessoas: 03 279 - Quantidade de mulheres grávidas: 280 - Quantidade de mães amamentando: 281 - Quantidade de deficientes:

282 - Quantidade de pessoas: 03 283 - Quantidade de mulheres grávidas: 284 - Quantidade de mães amamentando: 285 - Quantidade de deficientes:

286 - Quantidade de pessoas: 03 287 - Quantidade de mulheres grávidas: 288 - Quantidade de mães amamentando: 289 - Quantidade de deficientes:

290 - Quantidade de pessoas: 03 291 - Quantidade de mulheres grávidas: 292 - Quantidade de mães amamentando: 293 - Quantidade de deficientes:

294 - Quantidade de pessoas: 03 295 - Quantidade de mulheres grávidas: 296 - Quantidade de mães amamentando: 297 - Quantidade de deficientes:

298 - Quantidade de pessoas: 03 299 - Quantidade de mulheres grávidas: 300 - Quantidade de mães amamentando: 301 - Quantidade de deficientes:

302 - Quantidade de pessoas: 03 303 - Quantidade de mulheres grávidas: 304 - Quantidade de mães amamentando: 305 - Quantidade de deficientes:

3 - Autenticação

Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas

Assinatura do entrevistado: Maria Albertina Nunes de Lima

301 - Assinatura do entrevistado

Assinatura do representante da Prefeitura/Órgão responsável pelo cadastramento

303 - Assinatura do representante da Prefeitura/Órgão responsável pelo cadastramento

CAIXA

**Cadastramento Único para Programas Sociais
do Governo Federal**
Identificação da Pessoa

**1 - Dados de controle**

101 - Tipo Doc.

02

102 - Número de ordem da pessoa

01

103 - Modalidade

2

1 - Inclusão
2 - Alteração

Código domiciliar

2 - Identificação da pessoa

201 - Nome completo da pessoa sem abreviações. Caso necessário abreviar, vide instruções.

MARIA ALBERTINA MUMES DE LIMA

202 - Data de nascimento

08/10/1969

203 - Sexo

2

1 - Masculino
2 - Feminino

204 - Nacionalidade

1

1 - Brasileira
2 - Brasileiro naturalizado

3 - Estrangeira

205 - País de origem (se estrangeiro)

206 - Data de chegada ao Brasil

207 - Cód. IBGE munic.nasc.

2312502

208 - UF munic. nasc.

CE

209 - Nome do município de nascimento

S. J. J.

210 - Nome completo do pai (sem abreviações)

JOSE MUMES MELO

211 - Nome completo da mãe (sem abreviações)

VALMIRA ALVES DE LIMA MUMES

212 - Estado civil

2

1 - Solteiro(a)
2 - Casado(a)3 - Divorciado(a)
4 - Separado(a)

5 - Viúvo(a)

213 - Se o(a) esposo(a) ou o(a) companheiro(a) reside no domicílio, informar o nº de ordem correspondente, se não reside, informar 99

02

214 - Tipo de deficiência (assinalar com "X")

☐

Cegueira

☐

Mudez

☐

Surdez

☐

Mental

☐

Física

☒

Nenhuma

☐

Outro

215 - Raça/Cor

3

1 - Branca
2 - Negra3 - Parda
4 - Amarela

5 - Indígena

Documentos

216 - Número de Identificação Social - NIS

217 - Certidão civil tipo

92

91 - Nascimento
92 - Casamento

218 - Número termo

494

219 - Livro

B3

220 - Folha

145

221 - Data de emissão

26/02/1987

222 - UF

CE

223 - Nome do cartório (órgão emissor)

MARIA ALIZE MUMES

Documento de identidade

224 - Número

2006099021099

225 - Complemento

226 - Data de emissão

26/03/2006

227 - UF

CE

228 - Sigla do órgão emissor

SSP

Carteira de Trabalho e Previdência Social

229 - Número

063382

230 - Série

00021

231 - Data de emissão

21/06/1988

232 - UF

CE

233 - CPF

372108233-87

Título de eleitor

234 - Número

293575907-44029

235 - Zona

029

236 - Seção

0124

Qualificação escolar

237 - Frequente escola

- ☒ 1 - Pública municipal
☐ 2 - Pública estadual
☐ 3 - Pública federal
☐ 4 - Particular
☐ 5 - Outra
☐ 6 - Não frequenta

238 - Grau de instrução

- ☒ 1 - Analfabeto
☐ 2 - Até 4ª série incompleta do ensino fundamental
☐ 3 - Com 4ª série completa do ensino fundamental
☐ 4 - De 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental
☐ 5 - Ensino fundamental completo
☐ 6 - Ensino médio incompleto

- 7 - Ensino médio completo
 8 - Superior incompleto
 9 - Superior completo
 10 - Especialização
 11 - Mestrado
 12 - Doutorado

239 - Série escolar

- ☒ 1 - Maternal I
☒ 2 - Maternal II
☐ 3 - Maternal III
☐ 4 - Jardim I
☐ 5 - Jardim II
☐ 6 - Jardim III
☐ 7 - CA (alfabetização)
☐ 8 - 1ª série do ensino fundamental
☐ 9 - 2ª série do ensino fundamental
☐ 10 - 3ª série do ensino fundamental

- 11 - 4ª série do ensino fundamental
 12 - 5ª série do ensino fundamental
 13 - 6ª série do ensino fundamental
 14 - 7ª série do ensino fundamental
 15 - 8ª série do ensino fundamental

- 16 - 1ª série do ensino médio
 17 - 2ª série do ensino médio
 18 - 3ª série do ensino médio

240 - Nome da Escola

241 - Código censo INEP

Qualificação profissional

242 - Situação no mercado de trabalho

- ☒ 1 - Empregador
☐ 2 - Assalariado com carteira de trabalho
☐ 3 - Assalariado sem carteira de trabalho

- 4 - Autônomo com previdência social
 5 - Autônomo sem previdência social
 6 - Aposentado/Pensionista

- 7 - Trabalhador rural
 8 - Empregador rural
 9 - Não trabalha
 10 - Outra

243 - Nome da empresa em que trabalha, se desempregado, último emprego

244 - CNPJ/CEI da empresa

245 - Data de admissão

246 - Ocupação

247 - Remuneração deste emprego

248 - Renda de aposentadoria/pensão

R\$

249 - Renda de Seguro-Desemprego

R\$

250 - Renda de pensão alimentícia

R\$

70,00

251 - Outras rendas

R\$

Características da família

252 - Tempo de moradia

☒ 21 (Ano(s)) ☐ (Mês(es))

Despesas mensais da família (preencher somente para a mãe/responsável legal da família)

253 - Aluguel

R\$

-

254 - Prestação habitacional

R\$

-

255 - Alimentação

R\$

100,00

256 - Água

R\$

11,25

257 - Luz

R\$

22,00

258 - Transporte

R\$

-

259 - Medicamentos

R\$

-

260 - Gás

R\$

18,00

261 - Outras despesas

R\$

-

262 - Número de pessoas que vivem da renda desta família

03

Relação familiar

263 - Nº de ordem da mãe/responsável legal da família.

01

264 - Parentesco em relação a mãe/responsável legal da família, se o próprio, informar 01

01

265 - Se reside com o pai informar o número de ordem do pai, se não, informar 99.

99

Parentescos

- 01 - Mãe/responsável legal
 02 - Esposo(a)
 03 - Companheiro(a)
 04 - Filho(a)
 05 - Pai

- 06 - Avô/Avó
 07 - Irmão/Irmã
 08 - Cunhado(a)
 09 - Genro/Nora
 10 - Sobrinho(a)

- 11 - Primo(a)
 12 - Sogro(a)
 13 - Neto(a)
 14 - Tio(a)
 15 - Adotivo(a)

- 16 - Padrasto/Madrasta
 17 - Enteadado(a)
 18 - Bisneto(a)
 19 - Sem parentesco
 20 - Outro

266 - Se reside com a mãe informar o número de ordem da mãe, se não, informar 99.

99

267 - Se criança de 0 a 6 anos, com quem fica?

- ☐ 1 - Pai/Mãe ☐ 3 - Avô/Avó ☐ 5 - Creche
☐ 2 - Irmão/Irmã ☐ 4 - Sozinho ☐ 6 - Outro

268 - Se grávida, informar mês de gestação

☐

269 - Amamentando

- ☒ 1 - Sim
☐ 2 - Não

270 - Participa de algum programa do Governo Federal ou recebe algum benefício social? (assinalar com "X")

- ☐ Bolsa Criança Cidadã - PETI ☐ Agente Jovem ☐ Bolsa Escola ☐ Bolsa Alimentação ☐ Nenhum
 Data de inclusão ____/____/____ Data de inclusão ____/____/____
 Tipo de benefício ☐ 1 - Rural ☐ LOAS/BPC ☐ Previdência Rural ☐ PRONAF ☐ PROGER
☐ 2 - Urbano ☐ Outro ☐ Data de início de participação ____/____/____
 Valor do benefício - R\$ _____

271 - Beneficiário prioritário para o Programa Bolsa Alimentação ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

CAIXA

**Cadastramento Único para Programas Sociais
do Governo Federal**
Identificação da Pessoa

**1 - Dados de controle**

101 - Tipo Doc.

102 - Número de ordem da pessoa

103 - Modalidade

Código domiciliar

02

04

1

1 - Inclusão
2 - Alteração**2 - Identificação da pessoa**

201 - Nome completo da pessoa sem abreviações. Caso necessário abreviar, vide instruções.

JOSE CLEUDOM DE LIMA

202 - Data de nascimento

203 - Sexo

204 - Nacionalidade

205 - País de origem (se estrangeiro)

23/06/1963

1 1 - Masculino
2 - Feminino1 1 - Brasileira
2 - Brasileiro naturalizado

3 - Estrangeira

206 - Data de chegada ao Brasil

207 - Cód. IBGE munic.nasc.

208 - UF munic. nasc.

209 - Nome do município de nascimento

2312502

CE

S. J. J.

210 - Nome completo do pai (sem abreviações)

JOSE FELICIANO DE LIMA

211 - Nome completo da mãe (sem abreviações)

MARIA SANTA DE LIMA

212 - Estado civil

213 - Se o(a) esposo(a) ou o(a) companheiro(a) reside no domicílio, informar o nº de ordem correspondente, se não reside, informar 99

4 1 - Solteiro(a)
2 - Casado(a)3 - Divorciado(a)
4 - Separado(a)

5 - Viúvo(a)

99

214 - Tipo de deficiência (assinalar com "X")

215 - Raça/Cor

☐ Cegueira☐ Mudez☐ Surdez☐ Mental☐ Física☒ Nenhuma☐ Outro3 1 - Branca
2 - Negra3 - Parda
4 - Amarela

5 - Indígena

Documentos

216 - Número de Identificação Social - NIS

217 - Certidão civil tipo

218 - Número termo

219 - Livro

220 - Folha

221 - Data de emissão

222 - UF

91 - Nascimento
92 - Casamento

223 - Nome do cartório (órgão emissor)

Documento de identidade

224 - Número

225 - Complemento

226 - Data de emissão

227 - UF

228 - Sigla do órgão emissor

39177182

20061982

CE

SIS

Carteira de Trabalho e Previdência Social

229 - Número

230 - Série

231 - Data de emissão

232 - UF

233 - CPF

069891

00014

30091985

CE

382164263-72

Título de eleitor

234 - Número

235 - Zona

236 - Seção

114227907-36

029

0089

Qualificação escolar

237 - Frequente escola

- ☒ 1 - Pública municipal
☐ 2 - Pública estadual
☐ 3 - Pública federal
☐ 4 - Particular
☐ 5 - Outra
☐ 6 - Não frequenta

238 - Grau de instrução

- ☒ 1 - Analfabeto
☐ 2 - Até 4ª série incompleta do ensino fundamental
☐ 3 - Com 4ª série completa do ensino fundamental
☐ 4 - De 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental
☐ 5 - Ensino fundamental completo
☐ 6 - Ensino médio incompleto

- 7 - Ensino médio completo
 8 - Superior incompleto
 9 - Superior completo
 10 - Especialização
 11 - Mestrado
 12 - Doutorado

239 - Série escolar

- ☒ 1 - Maternal I
☐ 2 - Maternal II
☐ 3 - Maternal III
☐ 4 - Jardim I
☐ 5 - Jardim II
☐ 6 - Jardim III
☐ 7 - CA (alfabetização)
☐ 8 - 1ª série do ensino fundamental
☐ 9 - 2ª série do ensino fundamental
☐ 10 - 3ª série do ensino fundamental

- 11 - 4ª série do ensino fundamental
 12 - 5ª série do ensino fundamental
 13 - 6ª série do ensino fundamental
 14 - 7ª série do ensino fundamental
 15 - 8ª série do ensino fundamental

- 16 - 1ª série do ensino médio
 17 - 2ª série do ensino médio
 18 - 3ª série do ensino médio

240 - Nome da Escola

241 - Código censo INEP

Qualificação profissional

242 - Situação no mercado de trabalho

- ☒ 1 - Empregador
☐ 2 - Assalariado com carteira de trabalho
☐ 3 - Assalariado sem carteira de trabalho
☐ 4 - Autônomo com previdência social
☐ 5 - Autônomo sem previdência social
☐ 6 - Aposentado/Pensionista
☐ 7 - Trabalhador rural
☐ 8 - Empregador rural
☐ 9 - Não trabalha
☐ 10 - Outra

243 - Nome da empresa em que trabalha, se desempregado, último emprego

244 - CNPJ/CEI da empresa

245 - Data de admissão

246 - Ocupação

Agricultor

247 - Remuneração deste emprego

300,00

248 - Renda de aposentadoria/pensão

R\$

249 - Renda de Seguro-Desemprego

R\$

250 - Renda de pensão alimentícia

R\$

251 - Outras rendas

R\$

Características da família

252 - Tempo de moradia

(Ano(s)) 02 (Mês(es))

Despesas mensais da família (preencher somente para a mãe/responsável legal da família)

253 - Aluguel

R\$

254 - Prestação habitacional

R\$

255 - Alimentação

R\$

256 - Água

R\$

257 - Luz

R\$

258 - Transporte

R\$

259 - Medicamentos

R\$

260 - Gás

R\$

261 - Outras despesas

R\$

262 - Número de pessoas que vivem da renda desta família

Relação familiar

263 - Nº de ordem da mãe/responsável legal da família.

019

264 - Parentesco em relação a mãe/responsável legal da família, se o próprio, informar 01

03

265 - Se reside com o pai informar o número de ordem do pai, se não, informar 99.

99

Parentescos

- 01 - Mãe/responsável legal
 02 - Esposo(a)
 03 - Companheiro(a)
 04 - Filho(a)
 05 - Pai
 06 - Avô/Avó
 07 - Irmão/Irmã
 08 - Cunhado(a)
 09 - Genro/Nora
 10 - Sobrinho(a)
 11 - Primo(a)
 12 - Sogro(a)
 13 - Neto(a)
 14 - Tio(a)
 15 - Adotivo(a)
 16 - Padrasto/Madrasta
 17 - Enteado(a)
 18 - Bisneto(a)
 19 - Sem parentesco
 20 - Outro

266 - Se reside com a mãe informar o número de ordem da mãe, se não, informar 99.

99

267 - Se criança de 0 a 6 anos, com quem fica?

- ☐ 1 - Pai/Mãe
☐ 2 - Irmão/Irmã
☐ 3 - Avô/Avó
☐ 4 - Sozinho
☐ 5 - Creche
☐ 6 - Outro

268 - Se grávida, informar mês de gestação

269 - Amamentando

- ☐ 1 - Sim
☐ 2 - Não

270 - Participa de algum programa do Governo Federal ou recebe algum benefício social? (assinalar com "X")

- ☐ Bolsa Criança Cidadã - PETI
☐ Agente Jovem
☐ Bolsa Escola
☐ Bolsa Alimentação
☒ Nenhum
 Data de inclusão / /
 Tipo de benefício ☐ 1 - Rural
☐ 2 - Urbano
☐ LOAS/BPC
☐ Previdência Rural
☐ PRONAF
☐ PROGER
 Valor do benefício - R\$
☐ Outro
 Data de início de participação / /

271 - Beneficiário prioritário para o Programa Bolsa Alimentação ☐ 1 - Sim
☐ 2 - Não



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170241062 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CLEUDON DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO JOSE CLEUDON DE LIMA

CPF/CNPJ: 38216426372

Posição em 23-12-2018 09:55:07

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/06/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/07/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xlloF3Wbl1vPRaMR32teNw=api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqEfwLLDC2FiRwEio+DJPA4Q=)
11/05/2017	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pMukTE6VBWoXWNm2SVapi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqEfwLLDC2FiRwEio+DJPA4Q=)
09/05/2017	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RkjQADT2wenzkMar9j7Capi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqEfwLLDC2FiRwEio+DJPA4Q=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Quem-Somos.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx>)

Serviços

- ▶ Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- ▶ Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- ▶ Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- ▶ Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- ▶ Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- ▶ A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- ▶ Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- ▶ Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- ▶ Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- ▶ Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)

› [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](/Contato/telefones-de-contato)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](/Contato/Ouvidoria)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](/Contato/canal-de-Denuncias)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](/Mapa-do-Site)
- › [Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Download\)](/Seguro-DPVAT/Download)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

fls. 25

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: José Elendon de Azevedo

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente vítima de Atropelamento enquanto deambulava

Resultado de Exames: _____

Admissão consciente, orientado, sem pulso, com perdareflexos do MIEAdesão extensa lesão localizada em facena região submentoniana (afundamento craniano?)Alum de Fratura exposta em MIE

Conduta já Realizada: _____

Solicitar Avaliação do Especialista e
Exame Complementar.

Impressão Diagnóstica: _____

Politraumático por AtropelamentoCID: PA = J50x8AFUNDAMENTO CRANIANO04/09/16CD: DIPLOMA

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

FRANCISCACRDOSTO

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐Hospitalar ☒Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: _____

Cirurgia Geral / Ortopedia

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

GER

Data _____/_____/_____

Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____/_____/_____

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM☐ NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.039865

JOSE CLEUDON DE LIMA 08:31 HRS
AGENCIA 0703 CONTA 0014523-8 29/JUN/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 1,55
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 1,55

TOTAL DE RECURSOS 1,55

SALDO DISP. P/INVEST. 1,55

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----MARCO/2017-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
16	SALDO ANTERIOR		0,00
-----JUNHO/2017-----			
28	RECEB PAGFOR	2800703	1.687,50
	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO		
	TARIFA BANCARIA 0100517		11,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	TARIFA BANCARIA 0120417		6,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	TARIFA BANCARIA 0120617		11,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	S A L D O.....		1.657,10
29	SAQUE CP AUTOAT 9864412		800,00-
	TRANSF C/P BDN 9865297		855,55-
	EDILCA TEOTONIO DE ANDRADE		
	SALDO TOTAL		1,55

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 29/06/2017		
28	1.656,10	0,00
TOTAL		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.039865

JOSE CLEUDON DE LIMA 08:31 HRS
AGENCIA 0703 CONTA 0014523-8 29/JUN/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 1,55
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 1,55

TOTAL DE RECURSOS 1,55

SALDO DISP. P/INVEST. 1,55

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----MARCO/2017-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
16	SALDO ANTERIOR		0,00
-----JUNHO/2017-----			
28	RECEB PAGFOR 2800703		1.687,50
	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO		
	TARIFA BANCARIA 0100517		11,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	TARIFA BANCARIA 0120417		6,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	TARIFA BANCARIA 0120617		11,80-
	CESTA B.EXPRESS04		
	S A L D O.....		1.657,10
29	SAQUE CP AUTOAT 9864412		800,00-
	TRANSF C/P BDN 9865297		855,55-
	EDILCA TEOTONIO DE ANDRADE		
	SALDO TOTAL		1,55

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 29/06/2017		
28	1.656,10	0,00
TOTAL		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

DISK SAUDE
DISK SAUDE COMERCIAL LTDA EPP
RUA MAIA ALARCON, 00490

CNPJ 03.044.933/0001-79 IE 000.062.783.246 IM

Extrato No. 29570

CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ do Consumidor:

Razão Social/Nome:

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	(VL TR R\$)*	VL ITEM R\$
001	22878	ATORVASTATINA CALCICA			40,00		
20MGC/30	1	UN X 40,00 (4,84)					

Desconto: -4,00

002	21428	ESPIRONOLACTONA 25MG C/30			13,50		
CPR	1	UN X 13,50 (1,63)					

Desconto: -1,35

003	9724	SELOZOK 50MG C/30CPR	1	UN X	53,95		
53,95 (6,53)							

Desconto: -5,40

004	21524	DORMEC INFANTIL C/100 CPR	50		2,50		
UN X 0,05 (0,34)							

Subtotal R\$ 109,95

Desconto R\$ -10,75

VALOR TOTAL R\$ 99,20

Dinheiro 99,20

Parabéns! Você Economizou R\$ 10,75

Vendedor: 5 - LEUDINILDES

Núm. Controle: 2978313

Valor aproximado dos tributos deste cupom R\$ 13,34

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

* Valor aproximado dos tributos do item

SAT No. 230011173

03/03/2018 - 07:37:14

2318 0303 0449 3300 0179 5923 0011 1730 2957 0692 0070



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA FACIL TERM.036572

MARIA ALBETISA NUNES DE LIMA 07:27 HRS
AGENCIA 0703 CONTA 0006505-6 03/MAR/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 966,41
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 966,41

TOTAL DE RECURSOS 966,41

SALDO DISP. P/INVEST. 966,41

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----JANEIRO/2018-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
04	SALDO ANTERIOR		8,33
-----FEVEREIRO/2018-----			
05	RENDIMENTOS	0403994	0,03
	POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12		
	CREDITO DO INSS 0050703		954,00
	SAQUE CP AUTOAT 6572206		950,00-
	AG00703MA0036572SEQ0720603020955		
	S A L D O		12,36
-----MARCO/2018-----			
05	RENDIMENTOS	0403994	0,03
	POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12		
	RENDIMENTOS	0503994	0,02
	POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12		
	CREDITO DO INSS 0050703		954,00
	SALDO TOTAL		966,41

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO	03/03/2018	
04	7,06	0,03
05	4,35	0,02
TOTAL		0,05

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO JOAO DO JAGUARIBE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 549 - 25 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/01/2017 11:52:32**Data / Hora da Ocorrência: **04/09/2016 17:50:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO LIMA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE**Ponto de Referência: **VIZINHO A QUADRA DE ESPORTES****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE CLEUDON DE LIMA**Nascimento: **23/06/1963** CPF: **382.164.263-72**RG: **2016105780-7**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA SANTA DE LIMA****JOSE FELICIO DE LIMA**Endereço: **SITIO LIMA**

, 0

Bairro:

CEP:

Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **0000000****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: NVF5334 Uf: CE Município: SAO JOAO DO JAGUARIBE Chassi:****9C2KC1550AR147836 Renavam: 224796224 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano****Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor:****CINZA Proprietário: FRANCISCA LEDVANIA MONTEIRO DE FREITAS****Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ABALROAMENTO****Histórico**

QUE estava saindo de uma seresta e indo para a sua casa, juntamente com o seu filho JOSÉ ILDECI DE LIMA; QUE quando estava a mais ou menos 50 metros de casa, quando caminhava pelo estrada carroçavel, uma mulher que dirigia uma motocicleta, acabou lhe atropelando; QUE a batida da motocicleta ocorreu na sua perna esquerda, onde a vítima veio a cair e batendo com a cabeça no chão; QUE a condutora da motocicleta se chama FRANCISCA LEDVANIA MONTEIRO DE F. que estava na motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2010, PLACA NVF-5334/CE, RENAVAM 00224796224 e CHASSI 9C2KC1550AR147836; QUE da queda houve uma fratura de tendão e da tibia da perna direita e um corte na teste que pegou 15 pontos cirurgicos; QUE foi levado por populares para o hospital de São João do Jaguaribe no mesmo dia, 04 de setembro de 2016; QUE foi transferido para o Instituto José Frota e depois para o Hospital PSA, no dia 06 de setembro, para internação e processo cirúrgico; QUE vez a cirurgia devido a fratura do tendão e da tibia do lado esquerdo e recebeu alta no dia 11 de setembro de 2016; QUE constam como testemunhas as pessoas de FRANCISCO FERNANDES DE LIMA JUNIOR, RG: 2008625233-4, CPF: 358.166.433-04 que reside no Sítio Lima, S/N, zona rural de São João do Jaguaribe (em frente a igreja Assembléia de Deus); QUE a outra testemunha, RAIMUNDO NONATO CHAVES, RG: 2001097054380, CPF: 00357947800, que reside Sítio Lima, S/N, zona rural de São João do



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO JOAO DO JAGUARIBE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 549 - 25 / 2017**

Jaguaribe (em frente a uma cerâmica).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO JOAO DO JAGUARIBE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]
DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura]

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Assinatura]
DÉBORA CAVALCANTE DE FALCONERI TEIXEIRA - MAT.: 30080610