

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Santa Cavalcante de Oliveira</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>apicultora</i>	Carteira de Identidade: <i>2540570-92</i>	
CPF nº: <i>011 706 503-09</i>	Residência: <i>Rua Julio Gonçalves do Silva, 1061</i>		
Bairro: <i>Alto Brilhante</i>	Cidade: <i>Tauá</i>	Estado: CE	CEP: <i>63660000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber pagamento e **quitações**, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 25 de 06 de 2015.

Santa Cavalcante de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO

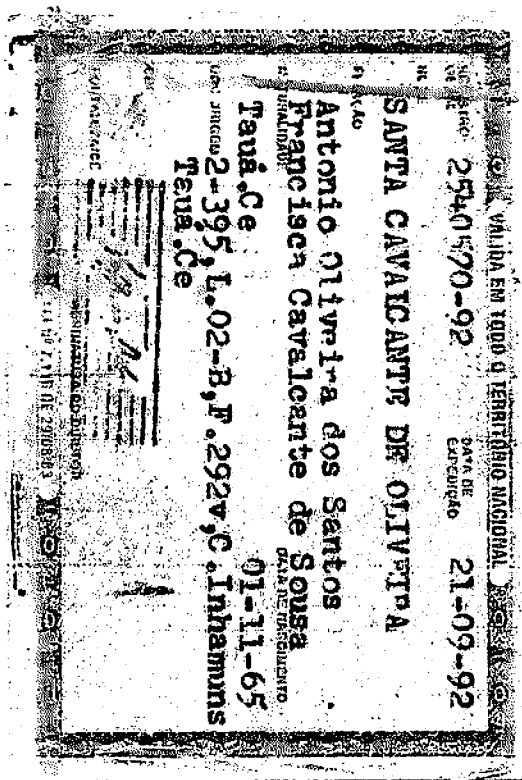
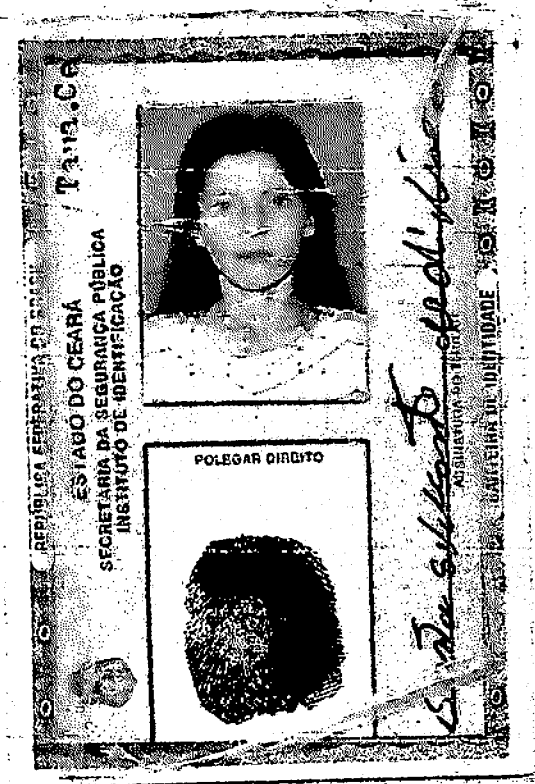
Eu, Santa Cavalcante de Oliveira, brasileira casada, agricultora, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2540570-92 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 011 706 503-09, residente e domiciliado na cidade de Tauá, estado de Ceará, Rua Julio Gonçalves da Silva, nº 1061, Alto Brilhante, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de 06 de 2015

X Santa Cavalcante de Oliveira

Declarante



Nº DO CLIENTE

1320002-0

coelce

372740143

17/01/2015

13 37000/02 341500 - 6

CECILIA IZABEL DA CONCEICAO FREITAS

RU JULIO GONCALVES DA SILVA 01061

ALTO BRILHANTE - TAU - 63660000

6757718

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

757201833-53

0000 0000

0,00

Jan/2015 17/01/2015 19/02/2015

Valor
Venc: 221,4
DICI = 0,00 P

R\$ 5,10

ISENTO

5,67	0,00	0,00	0,47	0,47	0,47
3,48	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
3,29			0,28		

6584.031E.C658.5F30.D4DB.300A.3584.49CF

8345

8264

1,00

81

0,00

20

51

0,13117
0,22487

3,93
11,47

17/01/15

19/12/14

23/01/15

01

15,40

VALOR CONSUMO DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

15,40

3,39

0,15

VENCIMENTO

23/01/2015

TOTAL A
PAGAR (R\$)

18,94

Energia
Transmissao
Distribuição
Encargos Setoriais
Tributos (PIS-COFINS)...

10,41
0,00
0,00
0,00
8,53

75	81	76	60	72	70	82	85	72	77	74	75	86
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

TOTAL

18,94

35,01

0,00

informações importantes e avisos de vencimento

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGAR, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, SPANISH OU BANCO DO BRASIL.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta nesta fatura R\$ 2,29 referente a PIS e COFINS.

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo da geração. Mais informações em www.ansel.gov.br.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 711 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **23/02/2015 16:18:31**
 Data / Hora da Ocorrência : **02/12/2014 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **R JULIO GONÇALVES DA SILVA**

BEZERRA F. SOUSA TAUA /CE.

Ponto de Referência: **GARAGEM DO JOÃO TURISMO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA**
 Nascimento : **01/11/1965**
 RG: **25457092** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE.** - CPF:
 Filiação: **ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS**
FRANCISCA CAVALCANTE DE SOUSA
 Endereço: **R JULIO G. DA SILVA**
ALTO BRILHANTE 63660000
TAUA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados, quando foi atropelada por uma motocicleta de placa e condutor não anotado, que evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima, sofrendo fratura de costelas do lado esquerdo e trauma em cabeça, onde foi socorrida pelo SAMU para o Hospital São Camilo em Tauá/CE. Que tomaram conhecimentos do acidente as pessoas de ANTONIA JOSENILDA DE SOUSA e VALERIA RODRIGUES DA SILVA. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA
 RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **TICIANO VASCONCELOS LOBO**
 MAT. 198817-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **X Santa Cavalcante de Oliveira**

VISTO DO DELEGADO(A) : **GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6**

X Valeria Rodrigues da Silva

X Antonia Josenilda de Sousa



SÃO CAMILO
HOSPITAL Dr. ALBERTO FEITOSA LIMA
TAUÁ • CE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ PRONTUÁRIO _____

DATA: _____ QUARTO: _____ LEITO _____

03/12
Paciente admitido em 03/12/2015
com relato de dor no peito
relatando dor tipo queimação
na região do estômago / fígado
na região do abdômen
na região do abdômen
e dor no peito
clínico

Dr. Antonio Hilson Pedrosa
Especialista em Clínica Médica
CREMEC 3885

60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP: 63.660-000
TAUÁ CEARÁ

DADOS DO PACIENTE

Nome SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA		Prontuário/Atendimento 051021/0005	
Nascimento 01/11/1965	Local TAUA	Pais Nacionalidade Brasil	Idade 49 Ano(s)
Sexo Feminino	Raça/Cor Parda	Etnia	Religião
Documento RG : 254057092	Estado Civil Casado(a)	CNS 898002774164844	CEP 63660-000
Endereço RUA JULIO GONCALVES	Nº 45	Bairro ALTO BRILHANTE	Município TAUA-CE
Fone	Profissão AGRICULTORA	Empresa	Fone Empresa
Responsável JOSE FERREIRA PEDREIRA	CPF do Responsável	Fone Responsável	
Endereço Responsável RUA JULIO GONCALVES	Cônjuge ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA		
Mãe FRANCISCA CAVALCANTE SOBRINHO	Pai ANTONIO DE OLIVEIRA DOS SANTOS		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 03/12/2014 13:08	Quarto/Leito 104-0002	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Setor CLINICA MEDICA
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia
Médico ANTONIO HILSON PEDROSA			CRM 3885	
CID Principal	CID Secundário			
Observação				
Usuário LUIZA CRISTINA DA SILVA VENANCIO	Procedimento SUS			Sis prenatal
Data Saída 03.12.14	Hora 16	Condição da Saída Alta médica	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.

60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
Hospital Dr. Alberto Feitoso Lima
CEP 63.660-000
TAUA CEARÁ

CONFERE COM
O ORIGINAL

TAUA, 3 de dezembro de 2014.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: LUIZA CRISTINA DA SILVA VENANCIO

Assinatura do responsável

Cardíaco/Circulatório:	() Normocárdio	() Bradcárdio	() Taquicárdio
PA _____/_____ mmHg	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso
Regulação Térmica:	Temperatura _____ °C	() Afebril	() Febril
	() Hipotermia	() Hipertermia	
Trato/Eliminações			
Urinária:	☒ Micção Espontânea	() Incontinência	() Retenção
() SVD _____ ml/h.	() Hematúria	() Piúria	() Anúria
() SVA _____ ml	() Outros: _____		
Eliminações Intestinais:	☒ Sem Alterações	() Diarreia	() Constipação
	() Outros: _____		
Nutrição/Alimentação:	☒ Boa aceitação	() Jejum	() Náuseas
	() Dific. Para Deglutir	() SNG/SNE	() Vômitos
Observações:			
Preparo de Cirurgia:	() SIM	☒ NÃO	
Punção Venosa/Local:			
Medicação Administrada:			



Assinatura/Carimbo
Enfermeiro

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Paciente vítima de atropelamento por moto, apresenta otorragia, agitação, escoriações e fratura em 3 costelas.

Assinatura do Médico Responsável
COREN 275.949

60.975.737/0071-64

SOCIEDADE BENEFICENTE

SÃO CARLOS

Hospital Dr. Alberto Hebeles Lima

CEP 03.660-000

TAUA

CEARA

Hospital Dr. Alberto
Feitosa LimaADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

SAE- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Sandra Cavalcante

PRONTUÁRIO:

LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO 03/12/14

UNIDADE/SETOR:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Suspeita TCE

ENTREVISTA

Dados obtidos através: () Relato do Paciente (☒) Relato do Acompanhante () Sem possibilidade de entrevista

Alergias: () SIM (☒) NÃO

Qual (is)?

Queixa (as) Principal (ias): Cefaléia

Integridade Emocional: (☒) Calmo () Ansioso () Deprimido

Sono/Repouso (Hábitos):

Hábitos: () Etilismo () Tabagismo () Drogas
() Sedentarismo () Outros _____ (☒) Não se aplica

Medicação em uso:

Antecedentes Familiares: () Diabetes () Doença Cardíaca () HAS
() Câncer () Outros _____ (☒) Não se aplica

Co-Morbidades: () Pneumopatia () IRC/IRA () DM
() Câncer () HAS () Obesidade
() Doença Cardíaca () Outros _____ (☒) Não se aplica

EXAME FÍSICO

Condições de Locomoção: (☒) Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca

Dor: (☒) SIM () NÃO Local: torax

Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado
() Desorientado () Sonolento () Torporoso () Outros _____

Motricidade: (☒) Preservada () Déficit Motor

Especificar:

Pele: () Integra (☒) Hidratada () Hipocorada
() Hiperemiada () Sudorese () Desidratada () Ictérica
() Lesões tipo/local:

Mucosas: (☒) Sem Alterações () Descoradas () Hipercoreadas
() Sangramentos () Outros: _____

Região Cervical: (☒) Sem Alterações () Rigidez da Nuca
() Gânglios Edemaciados

Região Torácica: (☒) Simétrica () Assimétrica () Cicatriz
() Afundamento Retrosternal () Outros _____

Sistema Respiratório: Frequência Respiratória 18 rpm. (☒) Eupneico
() Dispneico () Bradpneico () Taquipneico

Ventilação: (☒) Espontânea () Cateter Nasal 17 mm () Masc. Venturi _____ %

MMII: () Presença de Varizes () Presença de Edemas (☒) Sem Alterações
() Lesões _____ () Outros _____

Extremidades: (☒) Boa Perfusão () Frias () Cianóticas

Sistema Pulso _____ bpm () Ritmo () Arritmico

60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP: 63.660-000
TAVIA



RELATÓRIO DIÁRIO 2014

COORD. OPERACIONAL MORRUADATA: 02/12/2014 / TURNO B

TRABALHO DA EQUIPE

HOUE FALTA SEM PERMUTA

☐ SIM ☒ NÃO

HOUE PERMUTA

☒ SIM ☐ NÃO

SE "SIM", DE QUE

AGENTE? HERNANDO COM MATERIAIS.

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES.

S 49

AGENTES	SAIDA	CHEGADA
MORRUA	24:00	SEM
HERNANDO	24:00	SEM
RODRIGUES	24:00	SEM

OBSERVAÇÕES GERAIS.

POR VOLTA DAS 18:55 PRESENCIEI UMA MULTIDÃO DE PESSOAS NA VIA, ALGUNS ME APROXIMEI. AVIA UMA PESSOA CAÍDA NA VIA. SEGUNDO OS PRESENTES ESTA AVIA SIDO ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA. PARCIALMENTE ALCHEI O SOCORRO FORNECENDO OS DADOS NECESSARIO. PROCUREI O VEICULO ATROPELADOR, E FUI INFORMADO QUE O CONDUTOR TINHA SAÍDO DO LOCAL EMPURRANDO O VEICULO COM ALGUMAS INFORMACOES E LOCALIZEI O VEICULO, SENDO ASSIM CONDUZIDO E ENTREGUE NA DP. MOTOCICLETA HONDA FAN 125, PRETA DE PLACA OSA 8755 MARACANAÚ-CE. O CONDUTO NÃO FOI LOCALIZADO. A SENHORA QUE FOI ATROPELADA TEVE LESOES NA CABEÇA E EM OUTRAS PARTES DO CORPO. TRATA-SE, SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, RG 2540570-9, NASCIDA 01/11/1965, PUSE OUTRAS DUAS APREENSOES DADOS NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES. OS ANALIZAR A BIZ 125 PRETA ATX 4693. COM PLACA PASPADA. LOCAL DO ACIDENTE, SÉLIO GONÇALVES DA SILVA, S/N, P/BAR, DA DUDUZA.

MORRUA

Entregue
em 24/02/15

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO

Rua. Juvêncio Barreto, 01- Bairro: José Osimo, Tauá, Ceará, Brasil, CEP: 63.660-000
Fone: (88) 3437- 3724 / (88) 8814-5187 - E-mail: educ.transito@hotmail.com



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES

2328046

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

4 - CNES

2328046

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

51021

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8002.774.1648-44

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/11/1965

9 - SEXO

Masc ☐

Fem ☒

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA CAVALCANTE SOBRINHO

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSE FERREIRA PEDREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JULIO GONCALVES, 45, ALTO BRILHANTE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAUA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2313302

18 - UF

CE

19 - CEP

63660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pl. mal de arto inferior com not
crescimento no tornozelo / e
na coxa e síndrome rubor
(coloreção).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ECR. Cúrculo - Arto inferior
ACI. rom

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Arto inferior / foliculite

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

MEDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

170255897380002

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANTONIO HILSON PEDROSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/12/2014

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Antonio Hilson Pedrosa
Especialista em Clínica Médica
CREMEC 3885

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CHEQUE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

60.975.737/0074-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
Hospital Dr. Alberto Feitoso Lima
CEP 63.660-000
TAUA CEARÁ

Paciente: SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

Prontuário: 051021/0004

RG: 254057092

Dt. Nasc.: 01/11/1965

Fone:

Médico: JOAO ANTONIO DA LUZ

Idade: 49 Ano(s) Sexo: Feminino

Data: 03/12/2014 02:55 Local: LABORATORIO

Convênio: SUS

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automatizado - Micro ABX 60

Material: Sangue Total Coleta: 03/12/2014 02:55 Digitador: RENATA GONCALVES Liberação: 03/12/2014

Valores Referenciais

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16.100 /mm ³	3500 - 10000 /mm ³
BASÓFILOS	0 % 0 /mm ³	0 - 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	1 % 161 /mm ³	50 - 500 /mm ³
NEUTRÓFILOS BASTONETES	0 % 0 /mm ³	0 - 840 /mm ³
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS	92 % 14.812 /mm ³	1700 - 8000 /mm ³
MONÓCITOS	1 % 161 /mm ³	300 - 900 /mm ³
LINFÓCITOS	6 % 966 /mm ³	900 - 2900 /mm ³

OBSERVAÇÃO

Leucocitose com Neutrofilia Relativa e Absoluta

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS /mm ³	3,37 milhões	4,0 - 5,2 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	10,8 g/dL	12,0 - 16,0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,1 %	35,0 - 46,0 %
VCM	92,3 fL	80,0 - 100,0 fL
MCH	32,0 pg	26,0 - 34,0 pg
MCHC	34,7 %	31,0 - 36,0 %
RDW	12,5 %	10 - 15,0 %
OBSERVAÇÃO	Hipocromia	
CONTAGEM DE PLAQUETAS	242.000	150.000 - 450.000 /mm ³


Dr. José Enéas de A. Lima Júnior
BIOMÉDICO
CRBM - 4885

DYR FENELON M. DE OLIVEIRA
CRBM/CE 2629

JOSÉ ENÉAS DE A. LIMA JÚNIOR
CRF/CE 4885

MARCIA LEITE S. DE OLIVEIRA
CRBM/CE 2526

Impressão: 03/12/2014 03:05 RENATA GONCALVES BEZERRA

DECLARAÇÃO.

Eu, Santa Cavaleante de Oliveira, brasileira, casada, agri-
cultora, RG 2540570-92, CPF 011706, capaz, residente e
domiciliado na Rua Julio Goncalves da Silva, 1061, cidade de
Taua, CE, CEP 63660000. Declaro que resido no endereço
acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura
de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, e que
fui vítima de acidente com veículo automobilístico. Sendo de minha total responsabilidade a
declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 26 de 06 de 2015.

X Santa Cavaleante de Oliveira

Declarante.

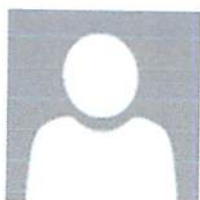
Relatório de Pagamentos liberados 20/04/2015 | Corretora: JR SEGUROS (JUNIOR) BONIFACIO

Pagamento - DpSeg (pagamento@dpseg.com.br)

[Adicionar aos contatos](#)

17/04/2015

Para: JR SEGUROS (JUNIOR) BONIFACIO



Seguem pagamentos que terão os créditos liberados a partir de 20/04/2015.

1 - Sinistro nº: 3150/267272 Vítima: SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA Garantia: INV	
Pagto	Beneficiário
R\$ 6.412,50	SANTA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - Banco: 104 Ag.: 03443 Cont
R\$ 6.412,50	<--- TOTAL