

DOCUMENTO 6 *T6%*



EM CASO DE PERÍCIA: (85) 3014 79 61
9 8841 6709
9 8892 3508.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAFFOCSA DE SOUZA

POLÍCIA DA JUIZ

JANAINA PEREIRA LIMA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0004010277220-25 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/4/2007

NOME JANAINA PEREIRA LIMA

FILIAÇÃO FRANCISCO ANTONIO SOUSA LIMA E MARIA DAS GRACAS DA COSTA LIMA

NATURALIDADE MARACANAU-CE DATA DE NASCIMENTO 21/8/1985

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 53601 L A-45 F

244 4A. ZONA-FORTALEZA-CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 23/05/83

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 07 NOV 2018

Nome: FS



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.213.183-27

Nome
JANAINA PEREIRA LIMA

Nascimento
21/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



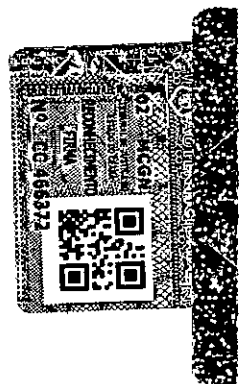
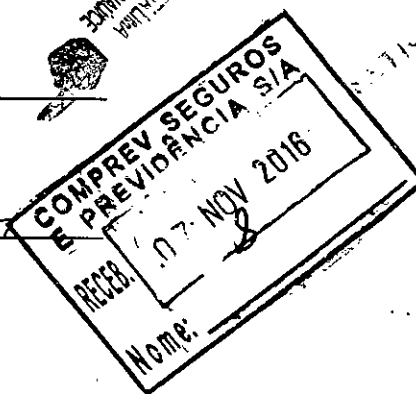


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS ROGERIO ALVES MORAIS,RG nº 20160534877 data de expedição 22/02/2016Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 743.508.553-20, com domicílio na cidade de MARACANAÚ, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA - BEATRIZ CALIXTO, nº 43,complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JANAINA PEREIRA LIMA, cujo o condutor era MAYK SANTOS DA CRUZ.Veículo: MOTOModelo: HONDA CB 125 TITAN KSAno: 2001/2002Placa: HXM 9949Chassi: 9C2JC30102R120375Data do Acidente: 29/11/15Local e Data: MARACANAÚ, 31/10/16

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAJUÇARA
 OFICIALA TITULAR: BEL* KARLA FROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.922.743/0001-23
 Av. Mendel Steinbruch, Nº 10467 - Pajuçara - CEP: 61.932-005 - Maracanaú - CE
 Tel: (85) 3215.3171 / 8773.1046 - E-mail: cartoriopajuçara@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CARLOS ROGERIO ALVES MORAIS. DOU FE. Maracanaú-Ceará, 31/10/2016.

Por Simone Teixeira dos Santos
 Maria Simone Teixeira dos Santos

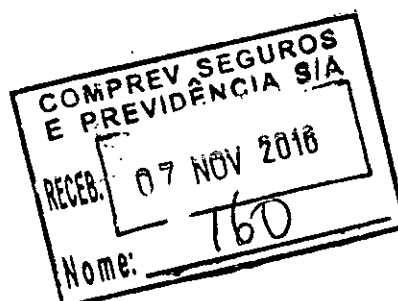
Confira os dados do ato em:
 selodigital.tjce.jus.br/portal

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**Eu, JANAÍNA PEREIRA LIMARG nº 2004010277220, data de expedição 27/04/07, Órgão SSP-CE

CPF nº 024.213.183-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: CANDIDO CAMPILIN</u>
Número	<u>95</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>PARQUE ARATANHA</u>
Cidade	<u>PACATUBA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>61.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3014 7961 / 98841 6709 / 988923508</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MARACANAÚ, 30/10/16Assinatura do Declarante: Janaína Pereira Lima

coelceUtilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

n° do cliente

5717207DV
2

vencimento

10/10/2016

total a pagar (R\$)

162,96

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B I Série B-4 I N° 447119862

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.549-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei n° 10.433, de 26 de abril de 2002.

2ª via da conta de**SET/2016****DADOS DO CLIENTE**

Rota 13 026010 07 092600

Medidor Z565712

Posto 0000 0

Nome MARIA DAS GRACAS FERREIRA DA COSTA

Endereço Postal

End. da Unidade RU CANDIDO CAMPILIN 00095 PQ. ARATANHA PACATUBA

Consumidora 61800000

RG/CPF/CNPJ 322.115.033-49

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA E CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
6548	6309	1	239	0	239

DESCRIÇÃO DA CONTA**ENERGIA**

Consumo faixa 0-30 kWh	Consumo faixa 31-100 kWh	Consumo faixa 101-220 kWh	Consumo faixa > 200 kWh
38	70	128	19

Quantidade @ Tarifa @ Valor (R\$)

0,24134

0,41373

0,62868

0,63355

7,24

28,96

74,47

12,18

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

2,17

MULTA MORATORIA

2,59

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-COMP CONFAZ 079

11,08

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

23,35

**CENTRO OPERATIVO
MARACANAÚ****DATAS DE LEITURA**

Emissão/Apresentação 21/09/2016

Próx. Próxima Leitura 21/10/2016

ÁREA RESERVADA AO FISCO

CI43.B8F6.67BA.A592.9AF4.F770.3FBE.1C48

ICMS

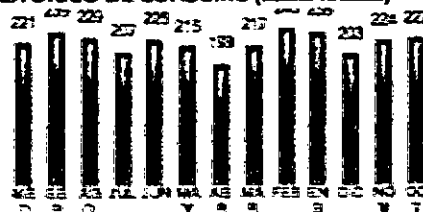
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor Imposto
137,02	27%	44,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

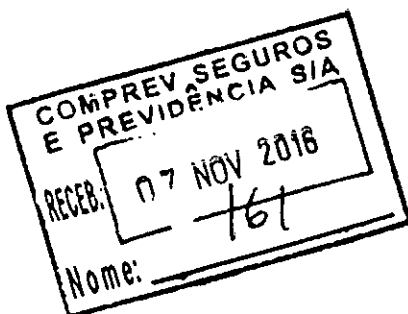
ENERGIA	54,14
TRANSMISSÃO	1,34
DISTRIBUIÇÃO	18,86
ENCARGOS SETORIAIS	9,47
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	53,21

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTOConjunto MARANGUAPÉ Cte: 32,11
Mês JUL/ 2016

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	1,66	0,00	0,00
FC (an)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			1,66		

DIC: N° de horas que a cliente ficou sem energia.
FC: N° de vezes que a cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração média, em horas, das interrupções, que a cliente ficou sem energia.**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Consumo

informações importantes e aviso de vencimento**coelce & você**Central de Relacionamento
0800 2850196
atendimento 24 horasInternet
www.coelce.com.br
Ouvidoria Coelce
0800 280 4100
das 8h às 18h**órgãos
reguladores**Agência Reguladora de Serviços Públicos
Departamento de Estado do Ceará - ARCE
0800 275 3838Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
ligar para 167
ligar para 167
ligar para 167

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5717207-2

N° da Nota Fiscal: 447119862

Total A Pagar (R\$): 162,96

Data de Emissão: 10/10/2016

Referência: SET/2016

N° de Controle: 0005717207 00036 4363 2 74

83800000001-7 62960031000-7 00057172070-6 00364363209-8





coelce

Nota Fiscal - Centro de Energia Elétrica Grupo B 1 Série B-4 1 Nº 443720150
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 Fortaleza CE
 CNPJ: 07.012.251/0001-70 CCF 06.105.848-3
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

2ª via da conta de
 AGO/2016

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 026000 17 063000

Medidor 4867418

Poste 0000 0030

Nome CELIA NUNES FREITAS

Endereço Postal

Para mais informações sobre
 como utilizar esta conta de consumo

Nº do cliente
 475072

1

Vencimento
 01/09/2016

Total a pagar (R\$)
 434,30

End. da Unidade RUA 08 NOVO MARACANAU 00550 MARACANAU 61905510

Consumidora

RG/CPF/CNPJ 347.084.482-87

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 1

INFORMAÇÕES SOBRE LEITURA E CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.
14312	13888	1	424	0	424

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

CONSUMO

424

0,68266

289,44

OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,57

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

1,84

QUOTA PROPORC. PARCEL TAXA SERVICO

2,45

MULTA MORATORIA

5,43

JUROS DO MES

5,74

JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO

8,11

QUOTA PROPORC PARCEL COM IT IL PUB INTERIOR

12,37

CARTAO DE TODOS - 0809.283.8916

17,75

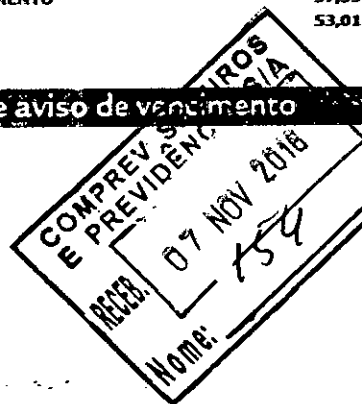
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

37,59

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

53,01

Informações importantes e aviso de vencimento



CENTRO OPERATIVO

MARACANAU

DATAS DE LEITURA

Emissão/ Apresentação

23/08/2016

Prev. Próxima Leitura

23/09/2016

ÁREA RESERVADA AO FISCO

8597.5041.67E5.C117.4FBA.1FE8.B1A1.8AEA

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor Imposto

289,44

27%

78,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 130,20

TRANSMISSÃO 3,22

DISTRIBUIÇÃO 45,34

ENCARGOS SETORIAIS 22,77

TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 87,91

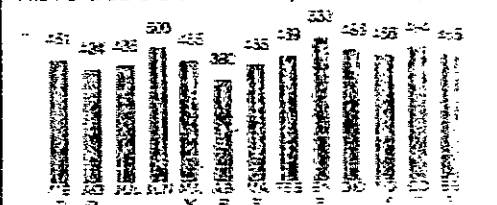
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II CM: 95 06

Mês JUN/ 2016

Mês	Padrão Individual			Atualização Individual		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FEV (un)	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
MAI (h)	3,11			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



BOM DIA

coelce & você

Central de Relacionamento
 0800 2850196
 atendimento 24 horas

Internet
www.coelce.com.br

Ouvidoria Coelce
 0800 280 4100
 das 08h às 18h

órgãos
 reguladores

Agência Reguladora de Energia (ANEEL)
 0800 275 3838

Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)
 167 133.111 (08h às 18h)

Atendimento mecânico cliente

Nº do Cliente: 475072-1
 Data de Emissão: 22/09/2016

Nº da Nota Fiscal: 443720150
 Referência: AGO/2016

Total A Pagar (R\$): 434,30
 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

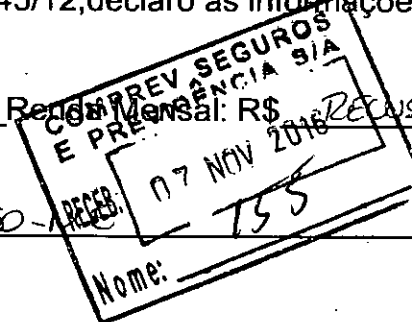
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CÉLIA NUNES DE FREITAS, portador(a) do RG nº 265174193, expedido por SSP-CE, em 16/02/193, CPF/CNPJ nº 347.084.482-87, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JANAÍNA PEREIRA LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JANAÍNA PEREIRA LIMA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSO-ME



Documentos comprobatórios: REUSO-ME

ASSINATURA = PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



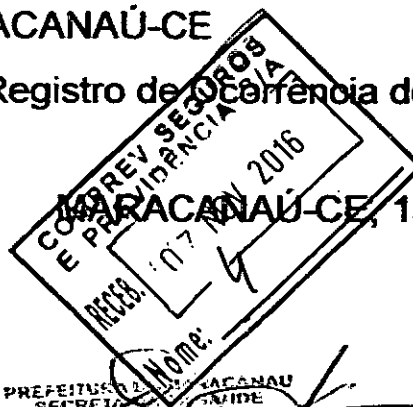
Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, Pré - Hospitalar a Sra. JANAINA PEREIRA LIMA, RG. 2004010277220-2ªVIA, SSP/CE, FILHA de, FRANCISCO ANTONIO SOUSA LIMA e de MARIA DAS GRAÇAS DA COSTA LIMA, Nascida em 21/08/1985, natural de MARACANAÚ-CE, Residente à Rua: CANDIDO CAMPELIM, Nº 95; PARQUE ARATANHA-PACATUBA/CE, a qual na data de 29/11/2015, por volta das 00:24 H.

foi Vítima de acidente no Trânsito (MOTO X CARRO) A Vítima foi conduzida ao Hospital; ANA LIMA - MARACANAÚ-CE

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.



Fco Gessival Marques dos Santos

Coordenador do SOS Ambulância



FICHA DE ATENDIMENTO Nº DA SOLICITAÇÃO 200-113
HORA DA SOLICITAÇÃO 10:30 HORA DE CHEGADA AO LOCAL 11:30
HORA DA SAÍDA DO LOCAL 12:30 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 13:30

1. NOME Luciana Indura
2. SEXO F 3. IDADE 30a 4. ESTADO CIVIL Desquitada

5. MARCA 30a 6. MARCA 30a 7. MARCA 30a

8.1 ☐ Anestesiado 8.2 ☐ F. Leve-oculto 8.3 ☐ F. Leve 8.4 ☐ F. Leve 8.5 ☐ F. Leve 8.6 ☐ F. Leve 8.7 ☐ F. Leve 8.8 ☐ F. Leve 8.9 ☐ F. Leve 9.0 ☐ F. Leve 9.1 ☐ F. Leve 9.2 ☐ F. Leve 9.3 ☐ F. Leve 9.4 ☐ F. Leve 9.5 ☐ F. Leve 9.6 ☐ F. Leve 9.7 ☐ F. Leve 9.8 ☐ F. Leve 9.9 ☐ F. Leve 10.0 ☐ F. Leve

11.1 ☐ Anestesiado 11.2 ☐ F. Leve-oculto 11.3 ☐ F. Leve 11.4 ☐ F. Leve 11.5 ☐ F. Leve 11.6 ☐ F. Leve 11.7 ☐ F. Leve 11.8 ☐ F. Leve 11.9 ☐ F. Leve 12.0 ☐ F. Leve 12.1 ☐ F. Leve 12.2 ☐ F. Leve 12.3 ☐ F. Leve 12.4 ☐ F. Leve 12.5 ☐ F. Leve 12.6 ☐ F. Leve 12.7 ☐ F. Leve 12.8 ☐ F. Leve 12.9 ☐ F. Leve 13.0 ☐ F. Leve

14.1 ☐ Anestesiado 14.2 ☐ F. Leve-oculto 14.3 ☐ F. Leve 14.4 ☐ F. Leve 14.5 ☐ F. Leve 14.6 ☐ F. Leve 14.7 ☐ F. Leve 14.8 ☐ F. Leve 14.9 ☐ F. Leve 15.0 ☐ F. Leve 15.1 ☐ F. Leve 15.2 ☐ F. Leve 15.3 ☐ F. Leve 15.4 ☐ F. Leve 15.5 ☐ F. Leve 15.6 ☐ F. Leve 15.7 ☐ F. Leve 15.8 ☐ F. Leve 15.9 ☐ F. Leve 16.0 ☐ F. Leve

17.1 ☐ Anestesiado 17.2 ☐ F. Leve-oculto 17.3 ☐ F. Leve 17.4 ☐ F. Leve 17.5 ☐ F. Leve 17.6 ☐ F. Leve 17.7 ☐ F. Leve 17.8 ☐ F. Leve 17.9 ☐ F. Leve 18.0 ☐ F. Leve 18.1 ☐ F. Leve 18.2 ☐ F. Leve 18.3 ☐ F. Leve 18.4 ☐ F. Leve 18.5 ☐ F. Leve 18.6 ☐ F. Leve 18.7 ☐ F. Leve 18.8 ☐ F. Leve 18.9 ☐ F. Leve 19.0 ☐ F. Leve

19.1 ☐ Anestesiado 19.2 ☐ F. Leve-oculto 19.3 ☐ F. Leve 19.4 ☐ F. Leve 19.5 ☐ F. Leve 19.6 ☐ F. Leve 19.7 ☐ F. Leve 19.8 ☐ F. Leve 19.9 ☐ F. Leve 20.0 ☐ F. Leve 20.1 ☐ F. Leve 20.2 ☐ F. Leve 20.3 ☐ F. Leve 20.4 ☐ F. Leve 20.5 ☐ F. Leve 20.6 ☐ F. Leve 20.7 ☐ F. Leve 20.8 ☐ F. Leve 20.9 ☐ F. Leve 21.0 ☐ F. Leve

16. PROCEDIMENTO REALIZADO
1. ☐ Anestesiado 2. ☐ F. Leve-oculto 3. ☐ F. Leve 4. ☐ F. Leve 5. ☐ F. Leve 6. ☐ F. Leve 7. ☐ F. Leve 8. ☐ F. Leve 9. ☐ F. Leve 10. ☐ F. Leve 11. ☐ F. Leve 12. ☐ F. Leve 13. ☐ F. Leve 14. ☐ F. Leve 15. ☐ F. Leve 16. ☐ F. Leve 17. ☐ F. Leve 18. ☐ F. Leve 19. ☐ F. Leve 20. ☐ F. Leve

17.1 ☐ Anestesiado 17.2 ☐ F. Leve-oculto 17.3 ☐ F. Leve 17.4 ☐ F. Leve 17.5 ☐ F. Leve 17.6 ☐ F. Leve 17.7 ☐ F. Leve 17.8 ☐ F. Leve 17.9 ☐ F. Leve 18.0 ☐ F. Leve 18.1 ☐ F. Leve 18.2 ☐ F. Leve 18.3 ☐ F. Leve 18.4 ☐ F. Leve 18.5 ☐ F. Leve 18.6 ☐ F. Leve 18.7 ☐ F. Leve 18.8 ☐ F. Leve 18.9 ☐ F. Leve 19.0 ☐ F. Leve

19.1 ☐ Anestesiado 19.2 ☐ F. Leve-oculto 19.3 ☐ F. Leve 19.4 ☐ F. Leve 19.5 ☐ F. Leve 19.6 ☐ F. Leve 19.7 ☐ F. Leve 19.8 ☐ F. Leve 19.9 ☐ F. Leve 20.0 ☐ F. Leve 20.1 ☐ F. Leve 20.2 ☐ F. Leve 20.3 ☐ F. Leve 20.4 ☐ F. Leve 20.5 ☐ F. Leve 20.6 ☐ F. Leve 20.7 ☐ F. Leve 20.8 ☐ F. Leve 20.9 ☐ F. Leve 21.0 ☐ F. Leve

21.1 ☐ Anestesiado 21.2 ☐ F. Leve-oculto 21.3 ☐ F. Leve 21.4 ☐ F. Leve 21.5 ☐ F. Leve 21.6 ☐ F. Leve 21.7 ☐ F. Leve 21.8 ☐ F. Leve 21.9 ☐ F. Leve 22.0 ☐ F. Leve 22.1 ☐ F. Leve 22.2 ☐ F. Leve 22.3 ☐ F. Leve 22.4 ☐ F. Leve 22.5 ☐ F. Leve 22.6 ☐ F. Leve 22.7 ☐ F. Leve 22.8 ☐ F. Leve 22.9 ☐ F. Leve 23.0 ☐ F. Leve

23.1 ☐ Anestesiado 23.2 ☐ F. Leve-oculto 23.3 ☐ F. Leve 23.4 ☐ F. Leve 23.5 ☐ F. Leve 23.6 ☐ F. Leve 23.7 ☐ F. Leve 23.8 ☐ F. Leve 23.9 ☐ F. Leve 24.0 ☐ F. Leve 24.1 ☐ F. Leve 24.2 ☐ F. Leve 24.3 ☐ F. Leve 24.4 ☐ F. Leve 24.5 ☐ F. Leve 24.6 ☐ F. Leve 24.7 ☐ F. Leve 24.8 ☐ F. Leve 24.9 ☐ F. Leve 25.0 ☐ F. Leve

Materiais e Gastos por Paciente:

QTE

☐ AAS Comprimido
☐ Abocat Nº 14
☐ Abocat Nº 16
☐ Abocat Nº 18
☐ Abocat Nº 20
☐ Abocat Nº 22
☐ Abocat Nº 24
☐ Adrenalina
☐ Água Destilada
☐ Agulha Descartável 25 x 07
☐ Agulha Descartável 25 x 08
☐ Agulha Descartável 30 x 07
☐ Agulha Descartável 30 x 08
☐ Agulha Descartável 40 x 12
☐ Aminofilina
☐ Ancuron
☐ Atadura 10 cm
☐ Atadura 15 cm
☐ Atadura 20 cm
☐ Atropina
☐ Bercotec
☐ Bicarbonato de Sódio 6,4%
☐ Escopolin
☐ Cateter Nasal
☐ Cataplen
☐ Cecilanide
☐ Cloreto de Sódio 20%
☐ Diarsipan
☐ Difenidrina
☐ Difenidrina
☐ Dopamina
☐ Dormire
☐ Dreno de Tórax Adulto
☐ Dreno de Tórax Infantil
☐ Etoral
☐ Envelope Fita Umbilical
☐ Equipo Macro c/ inj Lateral
☐ Equipo Macrogotas
☐ Equipo Microgotas
☐ Esponadrappo
☐ Extensor
☐ Extensor
☐ Fenegan
☐ Fentanil
☐ Furosemida
☐ Gase Estéril
☐ Gase Alcochoada
☐ Glucose 25%
☐ Glucose 50%
☐ Halolol

QTE

☐ Hidantal
☐ Hidrocortizona 100 mg
☐ Hidrocortizona 500 mg
☐ Isordil
☐ Kit Parto
☐ Kit Pequenas Crianças
☐ Kit Sutura
☐ Lâmina de Bisturi
☐ Lençol
☐ Luvas de Procedimento
☐ Luvas Estéril Nº 7,0
☐ Luvas Estéril Nº 7,5
☐ Luvas Estéril Nº 8,0
☐ Máscara Descartável
☐ Monorylon Nº 2,0
☐ Monorylon Nº 4,0
☐ Monorylon Nº 5,0
☐ Nefedipina Gase
☐ Oxigênio - Tempo
☐ Plasil
☐ Polividine
☐ Qualecin
☐ Saco pl. Lixo
☐ Saco pl. Vómito
☐ Scalp Nº 19
☐ Scalp Nº 21
☐ Scalp Nº 23
☐ Seringa 03 ml
☐ Seringa 05 ml
☐ Seringa 10 ml
☐ Seringa 20 ml
☐ SNG Nº 14
☐ SNG Nº 16
☐ SNG Nº 18
☐ Solução Ringer G. Estéril
☐ Sonda Aspição Nº 04
☐ Sonda Aspição Nº 06
☐ Sonda Aspição Nº 08
☐ Sonda Aspição Nº 10
☐ Sonda Aspição Nº 14
☐ Sonda Aspição Nº 16
☐ Sonda Aspição Nº 18
☐ Sonda de Foley Nº 10
☐ Sonda de Foley Nº 12
☐ Sonda de Foley Nº 14
☐ Sonda de Foley Nº 16
☐ Soro Fisiológico 250 ml
☐ Soro Glucose 5%
☐ Traqueostomia Nº 5,0
☐ Traqueostomia Nº 5,5

QTE

☐ Traqueostomia Nº 6,0
☐ Traqueostomia Nº 6,5
☐ Traqueostomia Nº 7,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 2,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 2,5
☐ Tubo Endotraqueal Nº 3,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 3,5
☐ Tubo Endotraqueal Nº 4,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 5,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 5,5
☐ Tubo Endotraqueal Nº 6,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 6,5
☐ Tubo Endotraqueal Nº 7,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 7,5
☐ Tubo Endotraqueal Nº 8,0
☐ Tubo Endotraqueal Nº 8,5
☐ Voltaren
☐ Xilocaína 2%

☐ Necessitou de Apoio
☐ Não Necessitou de Apoio

Que tipo de Apoio ?

☐ Polícia
☐ Bombeiros
☐ Demutran
☐ RS Nº
☐ OUTRO

OBSERVAÇÕES

COPIA SEGURA
 07 NOV 2009
 09h 09m

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JANAÍNA PEREIRA LIMA, portador da carteira de identidade nº 2004010277220 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.218.183-27, residente e domiciliado na RUA: CANDIDO CAMPILO, 95 Pq. ARATANHA., Cidade PACATUBA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

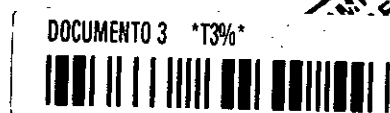
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



x Janaína Pereira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MARACANAÚ, 30/10/16

Local e data

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JANAINA PEREIRA LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2004010277220 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 27/04/07 E

CPF 024203183-27 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO VENDEDORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME, Micro empresarial ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3604 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6609-9

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

MARACANAÚ, 30 de OUTUBRO de 2016

LOCAL E DATA

Janaina Pereira Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

INQ2
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas
Relacao de Contas por N.CAIXA

03/08/2016
15:27:48

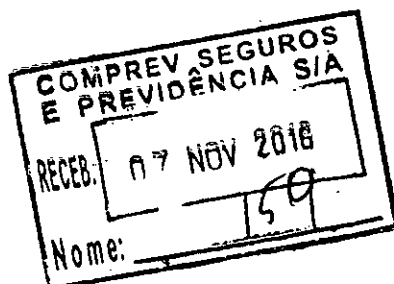
N.CAIXA: 8.091.639 JANAINA P LIMA
CPF : 024.213.183-27 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 21/08/1985
Caixa : PAG: 01 / 01

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	3604-013-00006609/9	GV 01	01/09/2014	

Ultima Posicao: 29/07/2016

Final de Amostragem.

F01-AJUDA F03-RETORNA F04-MENU F07-VOLTA F08-AVANCA F12-FINALIZA





Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Width8
643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 121-00431/2016 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 13/04/2016 15:40

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 29/11/2015 00:24

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV PARQUE LESTE COM PARQUE SUL
DISTRITO INDUSTRIAL MARACANAU/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: POR TRAS DA EMPRESA VICUNHA

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: O objetivo do presente procedimento é para acrescentar informações no tocante ao B.O. nº 121-250/2016 (acidente de trânsito); QUE, então, deseja acrescentar a informação de que estava trafegando como garupeira de seu ex-companheiro MAYK SANTOS DA CRUZ, no tocante ao acidente de trânsito ocorrido na data de 29/11/2015, por volta das 00:24hs, que teria ocorrido no local supracitado; QUE, por conta do acidente em questão, a declarante também teria sido socorrida ao Hospital Hapvida Antônio Prudente, em Fortaleza-CE, onde foi diagnostico fraturas no seu fêmur (lado direito), mandíbula e maxilar, e que, ainda encontra-se em tratamento de fisioterapia; QUE, não indica testemunha e que não deseja representar criminalmente contra ninguém; QUE, por fim, relata que deseja apenas ingressar com um requerimento junto ao DPVAT. E nada mais disse.///////

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: JANAINA PEREIRA LIMA

RG: 2004010277220 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 21/08/1985

FILIAÇÃO: FRANCISCO ANTONIO SOUSA LIMA

MARIA DAS GRAÇAS DA COSTA LIMA

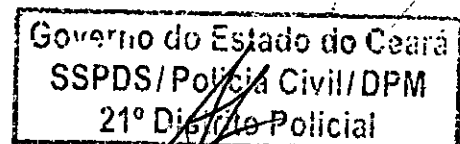
ENDEREÇO: R CANDIDO CAMPELIN 95

PARQUE ARATANHA . -

PACATUBA/CE

TELEFONE: 989697499

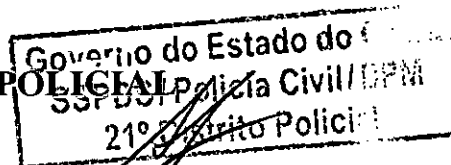
➤ DADOS DO NOTICIANTE



Janaina Pereira Lima

NOME: VÍTIMA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



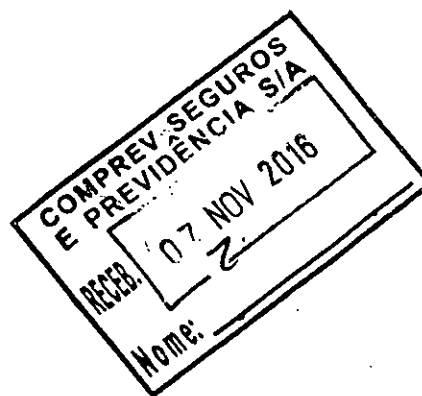
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 167919---1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Yonaina Pereira Lima



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 250 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/02/2016 09:03:21**Data / Hora da Ocorrência: **29/11/2015 00:15:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PARQUE LESTE COM PARQUE SUL**
Complemento:Bairro: **DISTRITO INDUSTRIAL** Município: **MARACANAÚ/CE**Ponto de Referência: **POR TRAS EMPRESA VICUNHA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MAYK SANTOS DA CRUZ**Nascimento: **13/11/1984** CPF: **971.743.888-78**RG: **2000015060617**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **SUZANA MARIA DOS SANTOS****EUZIR VENCELSLAU DE CRUZ**Endereço: **RUA SANTA CLARA, 334 LOT. PAJUCARA PARQUE**Bairro: **PAJUCARA**Município: **MARACANAÚ/CE**País: **BRASIL**Telefone: **98919-9045****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº06034274792 DETRAN CEARÁ; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, CHASSI Nº 9C2JC30102R120375, ANO 2001/2002, COR VERMELHA, PLACA HXM9949-CE, LICENCIADA EM NOME DE CARLOS ROGERIO ALVES MORAIS; QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA PARQUE LESTE E AO ENTRAR NA AV PARQUE SUL, AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU EM UM VEICULO VW POLO, COR PRETA, ANO 2005, CONDUZIDO POR UMA HOMEM DE NOME ALEX; QUE O DECLARANTE CAIU JUNTAMENTE COM A MOTO; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE EM FORTALEZA, CONFORME PRONTUÁRIO DO HOSPITAL APRESENTADO; QUE O DECLARANTE POR TER INVADIDO A PREFERENCIAL ASSUMIU O PREJUÍZO MATERIAL DO POLO; QUE NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL : 6 (SEIS) MESES

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MAT.: 167919-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Mayk Santos da Cruz

VISTO DO DELEGADO(A):

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2016

Carta nº: 10088274

A/C: JANAINA PEREIRA LIMA

Sinistro: 3160679995 ASL-1141995/16
Vítima: JANAINA PEREIRA LIMA
Data Acidente: 29/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JANAINA PEREIRA LIMA

Valor: R\$ 10.631,25

Banco: 104

Agência: 000003604

Conta: 000006609-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.631,25

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital
100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10033933

A/C: JANAINA PEREIRA LIMA

Sinistro: 3160679995 ASL-1141995/16
Vitima: JANAINA PEREIRA LIMA
Data Acidente: 29/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.631,25

*****TRANSFERIDO PARA:

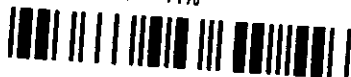
CLIENTE: JANAINA PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000006609-9

Nr. da Autenticação 7643CB5151A33CAF



PROCURAÇÃO

Outorgante: JANAÍNA PEREIRA LIMA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão VENDEDORA, residente e domiciliado à Rua CANDIDO CAMPELIM, nº 95, bairro PO. ARATANHÁ, Município de PACATUBA, Estado de(o) CEARÁ, Cep: portador(a) do Rg nº 2004010277220, SSPI/CE e CPF nº 024.213.183-27.

Outorgado: CENA NUNES DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão AUTONÔMA, residente e domiciliado(a) à Rua 08, nº 350, bairro NOVO MARACANAU, Município de MARACANAU, Estado de (o) CEARÁ, Cep: 61905-510, portador (a) do RG nº 265144193, SSPI/CE e CPF nº 347.084.482-87.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANAÍNA PEREIRA LIMA, ocorrido em 29.1.11.1.15, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

PROCURA

07

de OUTUBRO

de 2016.

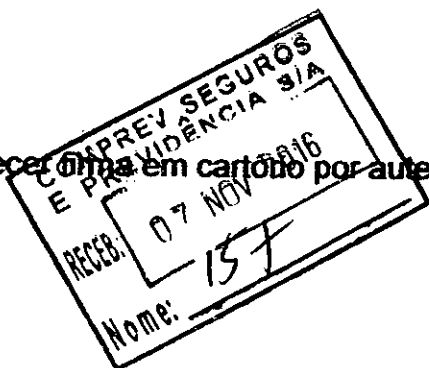
CARTÓRIO

AMÉLIA FOLVAREDO



JANAÍNA PEREIRA LIMA
Outorgante
CPF Nº 024.213.183-27

Obs.: Reconhecer a(s) firma(s) em cartório por autenticidade ou verdadeira



Cartório Almeida Figueiredo Av. 15, N.º 769 - Loja 02 e 03 Conj. Jereissati II, Pacatuba-CE Tel (85) 3384.2200	Reconheço a(s) Firma(s) por autenticidade JANAÍNA PEREIRA LIMA dou fé. Pacatuba-CE. Em test. <u>07</u> da verdade 07 OUT. 2016 Bel.ª Roberta Almeida Camila Andrade - Substituta Suzy Ferreira Martins - Escrevente Cecilianne de Moraes - Escrevente VALDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE
---	---

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160679995

Cidade: Pacatuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANAINA PEREIRA LIMA

Data do acidente: 29/11/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR E NO QUADRIL ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50% QUADRIL 75% FACE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			78,75 %	R\$ 10.631,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

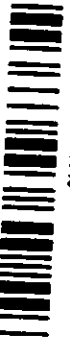
Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO DOS VEÍCULOS
DETAN - CE
Nº 010932264589
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PF/T
VIA
01
00771022085
0000000000
2012
CARLOS RUBERIO ALVES MORAIS
MARACANAU
/CE
77330855320
77330855320
HXM9949/CE
77330855320
9C2JCS0102R120375
PAS/MOTOCICLO/MAR
APLIC. BASOLINA
HONDA/CB 125 TITAN KB
2001 2002
2P/12CV/124CC
PARTIC
VERMELHA
1 001 001 001
VENO 001 001 001
V 001 001 001
VENO 001 001 001
A 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
CE Nº 010932264589 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO
www.dpvatsegurodefretado.com.br
SAO PAULO 0800 025 1504
01
77330855320
77330855320
HXM9949
01
77330855320
77330855320
HXM9949
00771022085
HONDA/CB 125 TITAN KB
2001 2002
2001
9C2JCS0102R120375
2001 2002
123,33
15,7
157,03
4,19
1,95
279,27
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
001 001 001
VENO 001 001 001
VENO 001 001 001
010932264589
RECIBO CE Nº
RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
0022B
HXM9949
00771022085
ASSINATURA
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
RECEB: 07 NOV 2018
Nome: 153

DOCUMENTO 6 *T6%*



EM CASO DE PERÍCIA: (85) 3014 79 61
9 8841 6709
9 8892 3508.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAFFOCSA DE SOUZA

POLÍCIA DA JUIZ

Janaina Pereira Lima

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0004010277220-25 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/4/2007

NOME JANAINA PEREIRA LIMA

FILIAÇÃO FRANCISCO ANTONIO SOUSA LIMA E MARIA DAS GRACAS DA COSTA LIMA

NATURALIDADE MARACANAU-CE DATA DE NASCIMENTO 21/8/1985

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 53601 L A-45 F

244 4A. ZONA-FORTALEZA-CE

CNP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 23/03/83

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 07 NOV 2018

Nome: LS



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.213.183-27

Nome
JANAINA PEREIRA LIMA

Nascimento
21/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

