

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Jonivan Almeida Batista, brasileiro, casado, portador de RG de nº 200.737.01941 SSP-CE, inscrito no CPF de nº 909.342.603-04, residente e domiciliado à Rua José Hermínio Pinho, nº 240, Pinho, Madalena (CE), CEP 63.860-000.

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 22.566, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o nº 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE, 11 de outubro de 2018

Jonivan Almeida Batista
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Josivan Almeida Batista,
brasileiro (a), casado, agricultor,
CPF 909.372.603 - 04 RG 20073701941,
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Rua José Hermínio Pinheiro, nº 240
Bairro Pinhox Cidade Madalena
Estado Ceará Cep 63.860 - 000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE, 18 de outubro de 2018

+ Josivan Almeida Batista

DECLARANTE

8920178-7

Para aplicação de desconto, consulte a tarifa sempre que estiver em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0005-70 | CGF 08.106.840-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

514949720

Rota 13 36050 03 028000 - 5 Data de Emissão 26/02/2018
Nome JOSIVAN ALMEIDA BATISTA
End. Postal RU JOSE HERMINIO PINHO 240
PINHOS - MADALENA - 63860000
Medidor 5519503 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 909372603-04 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 26/02/2018
Data de Apresentação 27/03/2018
Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

ICMS

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

15000

Mês Dez/2017

Padrão Nacional P

Apuração Individual

	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
FC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DNIC	0.00			0.00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RECEITA: 0001 1066.9054 0400 1713.5500 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77 16101	16093	1.00	8	0.00	30	1,49250	14,77

26/02/18	24/01/18	30 DIAS	30	VALOR (R\$)
				14,77

VALOR CONSUMO DO MES	14,77
CORREÇÃO MONETARIA DO MES	0,05
JUROS DO MES	4,76
TAXA DE RELIGACAO	7,43
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	15,90

VENCIMENTO 05/03/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 42,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	7,06
Distribuição	7,71
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,00
TOTAL	14,77

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Consciência Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂) 12,97	Compensado kg (CO ₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA OBTENÇÃO DA CONTA EM DEBITO, UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE 8920178-7
Direção de Clientes e Serviços e envie no e-mail: atendimento@enei.com.br
ou através do site: www.enei.com.br

PARA OBTENÇÃO DA CONTA EM CREDITO, UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE 8920178-7
Direção de Clientes e Serviços e envie no e-mail: atendimento@enei.com.br
ou através do site: www.enei.com.br

PARA OBTENÇÃO DA CONTA EM CREDITO, UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE 8920178-7
Direção de Clientes e Serviços e envie no e-mail: atendimento@enei.com.br
ou através do site: www.enei.com.br

Nº do Cliente: 8920178-7 Referência: Fev/2018
Data de Emissão: 26/02/2018 Total a Pagar (R\$): 42,91
Nº da Nota Fiscal: 514949720 Nº do Controle: 0008920178 00001 30012 19



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013356512756
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 01020665456 0000000000 2016

NOME
ANTONIA REGIA DE ALMEIDA
QUIXERAMOBIM /CE

CPF / CNPJ PLACA
96952695320 PM07200/CE

PLACA ANT / UF CHASSI
/CE 9C2HB0210FR411794

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/POP 100 2014 2015

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/97CC PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª 2ª 3ª 4ª

FABRIL PARCELAMENTO / COTAS
1ª 2ª 3ª 4ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
4ª

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
QUIXERAMOBIM 08/05/2017

Assinatura: Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 013356512756 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 08/05/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 96952695320 PM07200

RENAVAM MARCA / MODELO
01020665456 HONDA/POP 100

ANO FAB CAT TARE Nº CHASSI
2014 09 9C2HB0210FR411794

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4,15 1,11 292,01

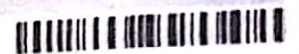
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 05/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.342.808/0001-04

MOTOR: HB02E1F411794

01164



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 17/04/17 HORÁRIO: 10:59 ATENDIMENTO N°: 104

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Josuan Almeida Batista
SEXO: masculino DATA NASCIMENTO: 23/07/91 IDADE: 35 ESTADO CIVIL: casado
MÃE: maria Glicerio Almeida Batista
NATURALIDADE: Bom Jardim - RJ PROFISSÃO: donato
SUSPENDERCO: São Miguel BAIRRO: CE CEP: 63800-000
CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: (88) 99421-6483
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Antônia Regina de Almeida
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmHg BPD: 90 % FC: 70 bpm FR: 12 lpm T: 36 °C PESO: 70 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração de consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito + cianose + falta de ar; ☐ Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30 min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controlada; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes); ☐ Acidente por animais	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; delírios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorses + dor intensa; ☐ Acidente por animais	☐ Idade superior a 80 anos; ☐ Pacientes escoltados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Aaaa fora da crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurovegetativos; ☐ Lombalgia intensa; ☐ Intercorrências ortopédicas; ☐ Gastroenterite.	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: _____

HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

U.M.A. m. molo com sintomas
P-X. Fígado normal

PRESCRIÇÃO:

V.A.S.A. 100. 24. 100. 100 (14. 05)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

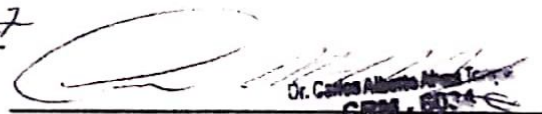
ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Wilson Almeida
BASTANTO recebeu atendimento médico em:

24/04/17 com diagnóstico de: Poliomiosite por
PRUDENTE (doença metabólica)

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (trinta) dias de licença do trabalho,
a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-Ce, 24/04/17


Dr. Carlos Alberto Almeida
CRM - RJ 4
MÉDICO/CRM 43378 RJ

MÉDICO/CRM 43378 RJ

PC

Dr. Paulo Calação
CREMEC: 11.720
medicina estética



ATESTADO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS

QUE JOSIVAN ALMEIDA BATISTA,
VITIMA POLITRAUMA (ACIDENTE DE
MOTO) NO DIA 27/04/17.

APRESENTOU CONTUSÃO (LUXAÇÃO)
COTOVELO DIREITO, ILIACA DIREITA,
TORNOMELO DIREITO; COM LESÃO
VASCULAR + ESCORIAÇÕES.

FEZ 10 SEÇÕES FISIOTERAPIA COM
DOR + EDEMA AO
DEAMBULAR ATÉ HOJE.

595.8

Dr. Paulo Calação
CREMEC: 11.720

05. /07/17

Dr. Paulo Calação
CREMEC: 11.720
medicina estética



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

Assunto:
Ator para fins
de ser SEU NO
que possui Alívio
BRISTA encontrado e
operado e em controle
de VOLTAR AO TRABALHO
por o Análise com poli
trômica, então de Alta
médica e APT para volu
as atividades. Atenciosamente

31/07/2017

Dr. Carlos Alberto Alves
CRM - 6034
CPF 433.576.013-5



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ATESTADO

ATESTO PARA FINS JUNTO AO DEPARTAMENTO DE PRATICA QUE JORVAN ARNOLD BATISTA ENCONTA-SE REUPERADO E EM CONDIÇÕES DE RETORNAR AO TRABALHO APÓS ACIDENTE COM POLÍTRON. (ATENDIDO QUE NÃO MEMO E APÓS MAIS SEMPRE NO ATENDIMENTO).

Atenciosamente

Dr. Carlos Alberto Almeida
CRM - 6034
CPF 433.676.074

19/10/17



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins, que Desirée Almeida

Brasil recebeu atendimento médico em:

04/12/17 com diagnóstico de: Doença de Chagas
Doença provocada por parasitas

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 60 (semanas) dias de licença do trabalho,
a partir da data do atendimento. Para realização de novos exames
e tratamento, acompanhamento e f. controle

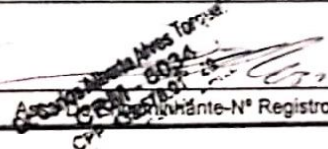
Quixeramobim-Ce, 04/12/17

Dr. Carlos Alberto Alves Torquato
CRM - 00034
CPF 035.017.20


Dr. Carlos Alberto Alves Torquato
MEDICO



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: <u>ADS 02</u>			
Distrito Sanitário: <u>São Miguel</u>		Município: <u>Quixeramobim</u>	
Nome: <u>Joilson Almeida Batista</u>		Prontuário N°: <u>191</u>	
Sexo: () M () F	Data de Nascimento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Ocupação: <u> </u>	
Endereço: <u>São Miguel</u>	Bairro: <u> </u>	Fone: <u>0</u>	
Motivo do Encaminhamento: <u>Atendimento com um clínico</u> <u>crônico e limbo do PE PNEU na Ma</u>			
Resultado de Exames: <u>Urina</u>			
Condução já Realizada: <u>Sucesso</u>			
Impressão Diagnóstica: <u>na no PE DIREITO</u>			
 Assessoria Médica Toror CRM 6024 CYP 000001 <u> </u> Assistente N° Registro <u> </u> Função <u>04/02/11</u> Data <u> </u> Hora			
AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento () Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico			
Procedimento: <u>ambulatorial</u>		Profissional: <u>02 - 02.11.11</u>	
Unidade de Referência: <u> </u>		Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u> </u> Hora: <u> </u>	
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)			
Unidade de Referência: <u> </u>			
Município: <u> </u>	Prontuário: <u> </u>	Alta: <u> </u>	
RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:			
RESULTADO DE EXAME:			
DIAGNÓSTICO: Principal		CID	
Secundário 1		CID	
Secundário 2		CID	
PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO:			
O problema justificou a referência? () Sim () Não			
O motivo referência coincide com diagnóstico? () Sim () Não			
Ass. Do Consultante - N° Registro		Função	Data

* UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS
FINS QUE JOSIVAN ALMEIDA
BATISTA, VITIMA DE ACIDENTE
DE MOTO (17104117), APRESEN-
TOU LESÃO EM REGIÃO PLANTAR
DIREITA COM FERAS SUBSTÂNCIAS,
NÃO PERMANECEU QUINTERNO.
REALIZOU 12 SEÇÕES DE
FISIOTERAPIA, EVOLUINDO PARA
ANESTESIA E EDENS LOCAL

S95.1

Dr. Paulo Caláço
CREME 11720

30101118



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐
☐
☐

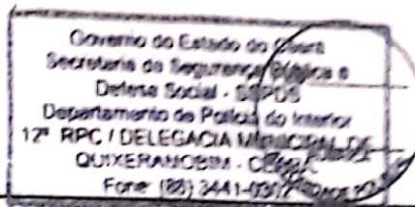
6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 07T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 536 - 1310 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/05/2017 09:12:11**
Data / Hora da Ocorrência: **17/04/2017 10:59:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento: **PRÓXIMO AO LICEU**
Bairro:
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSIVAN ALMEIDA BATISTA**
Nascimento: **23/07/1981** CPF: **909.372.603-04**
RG: **20073701941** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA GLICERIA ALMEIDA BATISTA**
JOSIAS PEREIRA BATISTA
Endereço: **VILA NOVA DIST. DE SÃO MIGUEL**
Bairro: **VILA NOVA** CEP: **63.800-000**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99794-4234**

Dados do(s) Veículo(s)

Placa: **PMO7200** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2HB0210FR411794 Renavam: **1020665456** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário:
ANTONIA REGIA DE ALMEIDA Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima informa que na data e hora supramencionadas, estava conduzindo a motocicleta de sua Esposa, Antônio Regia de Almeida, para o seu trabalho, quando na saída de São Miguel, próximo ao Liceu, nessa Cidade, passou por uma lombada e uma pedra. QUE a parte dianteira da moto derrapou ao passar pela pedra, ocasionando a queda. QUE sofreu ferimentos próximo ao pé direito, no braço direito e na lateral de seu corpo ao lado direito também. QUE foi socorrido por pessoas que estavam próximo ao local. QUE foi conduzido ao Hospital Pontes Neto, sendo atendido às 10h e 59min, pelo Médico Pedro Henrique O. Coelho, CRM - 14290. QUE possui habilitação válida. QUE possui duas testemunhas sobre o fato: Manuel Marcos Henrique de Araújo RG nº 1764064-89 e Francisco Evirlândio Lucindo Farias, RG nº 2006021041644. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CAROLINE CAPIBARIBE CAVALCANTI - MAT.: 30110919

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/05/2017 09:57:02

SINISTRO 3170590300 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSIVAN ALMEIDA BATISTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** JOSIVAN ALMEIDA BATISTA**CPF/CNPJ:** 90937260304**Posição em 27-02-2018 11:12:13**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, após a realização da perícia médica e análise de sua documentação, não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas. Por esse motivo, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/11/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50