

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180385547**

Vitima: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180385547**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13285486



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ELISANGELA SILVA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180385547

Vitima: ELISANGELA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180385547**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **641.827.703-15** Nome completo da vítima: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELISANGELA SILVA FERREIRA	CPF titular da conta 641.827.703-15	Profissão PESSOAL
Endereço RUA MANOEL AMORIM DOS SANTOS	Número 1324	Complemento CASA
Bairro CAMP ALEGRE	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARA
Email	CEP 63049-240	Telefone (DDD) (85) 98807012

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome _____ NRO _____
BRADESCO **237**

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
0455 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. _____ D/V _____
0028076 **3** (Informar dígito se existir)

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

J. DO NORTE-CE de 08 de AGOSTO de 2018
 Local e Data

Elisangela Silva Ferreira
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

28 AGO. 2018

ENTRADA

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

SEN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 035407

ELISANGELA SILVA FERREIRA 07/18 HRS
AGENCIA 0455 CONTA 0028076-3 29/MAR/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 176,31-
+ CONTA FACIL (C/C + POU) 176,31-
TOTAL DE RECURSOS 176,31-

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

NOVEMBRO/2017		VALOR
DIA	HISTORICO	
27	SALDO ANTERIOR	0,00

MARÇO/2018		
29	TARIFA BANCARIA 0010218	28,00-
	CESTA FACIL SUPER	
	TARIFA BANCARIA 0010318	28,00-
	CESTA FACIL SUPER	
	TARIFA BANCARIA 0020418	28,00-
	CESTA FACIL SUPER	
	TARIFA BANCARIA 0020518	28,00-
	CESTA FACIL SUPER	
	MORA CRED PESS 3210148	64,31-
	SALDO TOTAL	176,31-

A impressao do extrato foi interrompida.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

28 AGO 2018

ENTRADA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8588 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/07/2018 09:15:12**
Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SALGUEIRO**
Complemento:
Bairro: **ROMEIRÃO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO DEMUTRAN**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELISANGELA SILVA FERREIRA**
Nascimento: **03/07/1981** CPF: **641.827.703-15**
RG: **96029521712** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DE LOURDES OLIVEIRA SILVA**
MANOEL FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL AMORIM DOS SANTOS, 1324**
Bairro: **CAMPO ALEGRE**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98884-3164**



Noticiante(s)

Nome: **ISRAEL ANDRE PINHEIRO**
Nascimento: **28/10/1983** CPF: **015.707.713-67**
CNH: **05312855806** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:
Filiação: **MARIA DE JESUS DOS SANTOS PINHEIRO**
MANOEL ANDRE PINHEIRO
Endereço: **RUA RAIMUNDO MARQUES DA SILVA, 37**
Bairro: **FREI DAMIÃO** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **8862-8045**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OH1195** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JC4110CR559566 Renavam: **477005918** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **ISRAEL ANDRE PINHEIRO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia que possui carteira de habilitação (cnh nº 05312855806, cat. AB) e está nesta DRPC acompanhado da vítima. Afirma que na hora e dia acima informadas, conduzia o veículo, acima descrito; trafegava na Av. Salgueiro, bairro Romeirão, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE. Ocorre que, um ciclista atravessou a sua frente e causou a colisão, QUE o noticiante/conductor sofreu pequenos arranhões, não necessitando de atendimento médico, que a vítima (que estava na garupa) sofreu fratura e corte no pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para Unidade de Pronto Atendimento/UPA24h, nesta cidade;

+ Israel Andre Pinheiro
+ Elisangela Silva Ferreira

[Handwritten signature]



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8688 / 2018

que dias depois procurou atendimento no Hospital Tasso Ribeiro Jereissati/Estefânia, também nesta cidade; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CNH DO CONDUTOR, CNH DA VÍTIMA, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA, IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL TRJ, CRLV E COMPROVANTES DE ENDEREÇO. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

VALMIR PEREIRA GOMES JUNIOR - MAT.: 405149-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

x Elisângela Silva Ferreira.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ELISANGELA SILVA FERREIRA

CPF da Vítima

641.827.703-15

Data do Acidente

22-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

J. DO NORTE CE 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Elisangela Silva Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

28 AGO. 2018

ENTRADA



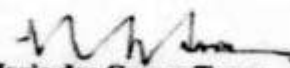
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento à Sra. **ELISANGELA SILVA FERREIRA**, portadora do RG 0449965120121 inscrita no CPF 641.827.703-15, no dia 22/04/2018, às 6h47, no município de Juazeiro do Norte/CE, na Av. Salgueiro, no bairro Romeirão, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhada para a UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 12 de Junho de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

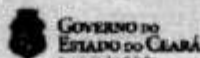

Manoel Antonio Bezerra Rufim
Direção Médica Adm.
Base Juazeiro do Norte

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

ENTRADA



2º Via

Nº de Inscrição:

0021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

End. Leitura: RU BEA MARIA DE ARAUJO, 9, ROMEIRO

Cidade: JUAZEIRO

CEP: 63.050-720

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 021

Setor: 005

Quadra: 0129

Lote: 0143

Campa: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 000

Comercial: 001

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
ÁGUA	A15F154259	109	109	0	0

DATAS

Leitura Atual: 12/07/2018

Entrega: 14/08/2018

Lacre Água: 9

Leitura Anterior: 12/08/2018

Próxima Leitura: 11/08/2018

Lacre Sapoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Estágio	141	141	022	141	141
Análises	144	144	144	144	144
Em conformidade	136	138	143	134	139

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	29,12	Mês/Ano
MULTA DE 2%	0,58	AGO/2017
JUROS DE 0,031% AO DIA	0,22	OUT/2017
		NOV/2017
		DEZ/2017
		JAN/2018
		FEV/2018
		MAR/2018
		ABR/2018
		MAI/2018
		JUN/2018

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIB	0,29
COPINF	1,43

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	29,92
VALOR DO SUBSIDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	29,92

MÊS/ANO
07/2018VENCIMENTO
03/08/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
29,92

ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco

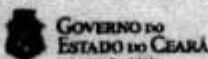
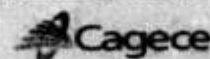
Outro



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195,
nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece:
8101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.org.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Agência de
Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de
Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais
Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços
Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Viu do agente
atencioso

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0021732590

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 021

Setor: 5

Quadra: 0129

Lote: 0143

Campa: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: JUAZEIRO

Vencimento: 03/08/2018

Total (R\$): 29,92

8264000000-4 29920009200-3 02173259001-9 02001131025-5



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 14/08/2018 11:52:52

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 / 23,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELISANGELA SILVA FERREIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 641.823.703/15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ELISANGELA SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 641.823.703/15, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		Número 09	Complemento CASA
Bairro ROMEIRÃO	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARÁ	CEP 63.050-720
Email LORDNALDO@YAHOO.COM		Telefone comercial(DDD) (88) 3512-4870	Telefone celular (DDD) (88) 988070712

J. DO NORTE CE 09 de AGOSTO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

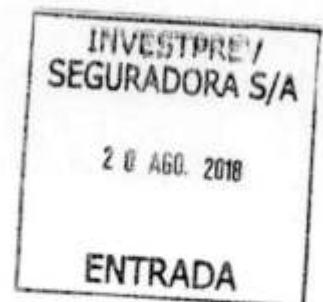
Eu, Israel André Pinheiro,
RG nº 2003034008581, data de expedição 17/02/2016,
Órgão DNT-CE, portador do CPF nº 015 707 713 67, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Raimundo Manguinhos da Silva, nº 0031,
complemento Faz. Damão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elisângela Silva Ferreira, cujo o condutor era
Israel André Pinheiro.

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda/CB 125 Fan KA
Ano: 2012/2012
Placa: 011 1195
Chassi: 4C2JC4110CR55
Data do Acidente: 22/04/2018
Local e Data: Juazeiro do Norte-CE 31/07/2018

3º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

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



**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail: :

376986

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 22/04/2018
Hora: 07:14

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 149324 ELISANGELA SILVA FERREIRA

Responsável: ELISANGELA SILVA FERREIRA

Nasc: 03/07/1981 Idade: 36

Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA SILVA

Telefone:) - Celular: (88) 98807-1003

Endereço: RUA VINTE E DOIS DE JULHO, 55, PIO XII - JUAZEIRO DO CEP: 63.020-326 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 044996512012 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLIDINDO COM BICICLETA POR VOLTA DAS 6.40H DA MANHA DE HOJE

NEGA ALTERACOES NEUROLOGICAS APOS O TRAUMA.

REFERE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA ANTERIORMENTE.

DOR EM HALUX.

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

EGB, AAA, CORAD, CONSCIENTE, EUPNEICA.

ACV, AR, ABD FISIOLÓGICO

NUCA LIVRE

GLASGOW 15

LESAO CORTO-CONTUSO EM PE ESQUERDO.

INVESTPRE /
SEGURADORA S/A

28 AGO. 2018

ENTRADA

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 V299

FRATURA DO PÉ E

Tratamento

LIMPEZA LOCAL -

SUTURA SIMPLES - VAT

ENCAMINHO AO ORTOPEDISTA

ORIENTACOES GERAIS.

LOUYSIANE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17701 / CE

DR. Hedilberto Macedo
MÉDICO
Diretor de Medicina

14



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO SUS/CE

HOSPITAL TASSO RIBEIRO PEREISSATI



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Elizângela Silva Ferreira

Sexo: F

Idade: 36 anos

Data de Nascimento: 03/02/81

Endereço: R. 22 de Julho 45

Bairro: Pio XII Município: _____

Data do Atendimento: _____

Tipo de Atendimento

- 13 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- 23 () ENCAMINHAMENTO
- 33 () PRIMEIRA CONSULTA
- 43 () CONSULTA DE RETORNO
- 53 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- 63 () CONSULTA REFERENCIADA
- 73 () 1ª ATENDIMENTO NO ANO
- 83 () 2ª ATENDIMENTO NO ANO
- 93 () 3ª ATENDIMENTO NO ANO

ENCAMINHAMENTO NA UNIDADE

- 24 () ALTA
- 37 () ÓBITO
- 50 () ENCAMINHAMENTO PARA PROGRAMA
- 63 () INTERNAÇÃO
- 75 () AUSENTOU-SE SEM CONSULTA

ENCAMINHAMENTO A OUTRA UNIDADE

- 35 () EXAME DE DIAGNÓSTICO
- 45 () AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
- 52 () INTERNAÇÃO
- 75 () T.E.D.

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Ansiedade D. Jean

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Jean Lucena
TRANSITO - CATEDRA
CRM 10005

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO

Dr. Giana Amanda S. Pinheiro

 Jean Lucena
ESTADO - CANTON
CASA - CE 8005

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

p/ Elayne S. Lima

uso oral

Depresol 150, —
04 ao de n de

INVESTPREV/
SEGURADORA S/A

20 AGO 2018

ENTRADA

22 04.18
Louysiane Linsim
MÉDICO
CREMED 17701



Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220

IMEGI



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Elizaneide Silva Almeida

Urologia

2 Tomadas por dia
por 10 dias. se não
melhorar.

Receita médica.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

28 AGO. 2018

ENTRADA

23042018

Jean Lucena
Médico - Urologia
CRM - 10000



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

1/ ELISABETHA SIM BEZERRA,
Souza

av. Roberto (E)

Im. Nova (E)

29052018

João Lucena
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CNPJ 08.040.000/0001-90

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 UNIAO DAS REPUBLICAS
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ELISABETHA SILVA FERREIRA

0449965120121 SSP MA

CPF: 641.827.703-15 DATA NASCIM: 03/07/1981

PROFISSÃO: MANOEL FERREIRA DOS SANTOS MARIA DE LORDES OLIVEIRA SILVA

1497305536

SEM OBSERVAÇÃO:

Requisito para portar

1497305536

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 15/02/2018

57532154362 CE163683433

CEARÁ

INVESTPRE/
 SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÙBLICA	
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE TRÁFICO	
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO	
NOME	
EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS	
DOCUMENTO / OUTRO IDENTIFICADOR	
00029071681	SEXO
CE	
CPF	
045.291.864-23	DATA NASCIMENTO
26/09/1982	
ENDEREÇO	
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS	
MARTA APARECIDA DOS SANTOS	
SANTOS	
RESIDÊNCIA	
Nº	ENDEREÇO
1604868297	1604868297
DATA EMISSÃO	
19/12/2021	16/12/2006
OBSERVAÇÃO	
SEM OBSERVAÇÃO.	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL	
JUAREZINO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO
	27/12/2016
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
1604868297	1604868297
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
1604868297	1604868297

INVESTPRE /
SEGURODORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013789741905
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 RENAVAM: 000000000000 EXERCÍCIO: 2017
YURI 01 477005918 0000000000 2017

NOME: ISRAEL ANDRE PINHEIRO

JUAZEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ: 01570771367 PLACA: 0111195

PLACA ANT./UF: 000000/CE CHASSI: 9C2JC4110CR559566

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMPLETIVO: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP/POT/CV: 2P/0CV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1 VENC. COTA UNICA: 1 VENC. COTAS: 1

FAIXA IRVIA: 1 PARCELAMENTO/COTAS: 1

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65 IOF (R\$): 0.70 PREMIO TOTAL (R\$): 181.35 DATA DE PAGAMENTO: 26/05/2017

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE DATA: 20/03/2018

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

Assinatura do Detran-CE

Assinatura do Titular

CE Nº 013789741905 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

01570771367 0111195
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

013789741905 01650087631

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 20/03/2018

VIA: 01 01570771367 PLACA: 0111195

RENAVAM: 477005918 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 09 CHASSI: 9C2JC4110CR559566

PRÊMIO TARIFÁRIO

FUS (R\$): 61.29 DETRAN (R\$): 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$): 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 0.70 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 185.50

INCLUIR: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO: 26/05/2017

PROPRIETÁRIO: LOTE/DOC: 20170308 DPVAT: 0110087
MOTOR: JC41E1C559566

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

20 AGO. 2018

ENTRADA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Elisângela Silva Ferreira
Nacionalidade: brasileira
Identidade: 0649965120121 SSPMA
Estado Civil: Solteira
CPF: 641.827.703-15
Profissão: Comerciante
Endereço: Rua Manoel Amorim dos Santos 1364 Campo Alegre
CEP: 63049840
Telefone: (88) 98884 3164

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

ELISÂNGELA SILVA FERREIRA

Juaazeiro do Norte-CE 31/07/2018

Local e data

Elisângela Silva Ferreira

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

CV

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 781 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0929 / 3567-1857 - www.cartorioviana.com.br
Bail. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de ELISÂNGELA SILVA FERREIRA, CONFERIDO em 09/07/2018 em Juaazeiro do Norte-Ceará.

Andresson Tenório Cavalcante

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Cavalcante
SECRETÁRIO

INVESTPRE/
SEGURADORA S/A

28 ABO. 2018

ENTRADA