

026



ACTUS

Advogados Associados

fls. 10
FLS. 10
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Erielton da Silva Nascimento, brasileiro, solteiro, autô-
nome, portador da RG nº: 20074483549 SSP/CE, e do CPF
nº: 057.469.703-95, residente à Rua Frei Ibiapina,
nº 240, Pça XII, na Cidade de J. do Norte/CE.

OUTORGADO: Dr. THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, Dr. ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio 649, Santo Antônio, Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecutórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, enfim, de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Barbalha/CE, 20 de Outubro de 2016.

Erielton da Silva Nascimento

SINISTRO 3170024510 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 05746970395

Posição em 26-01-2017 10:25:53

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/01/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 16837 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/12/2016 09:52:27**
Data / Hora da Ocorrência: **09/08/2015 00:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **NÃO INFORMADO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE À IB CAR**

Noticiante(s)

Nome: **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO**
Nascimento: **17/12/1991** CPF: **057.469.703-95**
RG: **20074483549** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO**
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA FREI IBIAPINA, 210**
Bairro: **PIO XII** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98642-1558**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORY1643** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KC1670DR491313 Renavam: **544714369** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante, advertido das penalidades previstas nos arts. 340 e 342 do CPB, sendo de sua responsabilidade as informações declaradas no presente procedimento, informou que na data e hora acima mencionadas, estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de sua propriedade, na avenida Leão Sampaio, próximo à IB CAR, em Juazeiro do Norte/CE, quando foi atingido por um carro que vinha atrás de sua motocicleta, vindo a cair ao chão, e sofrer escoriações em seu braço e sua perna esquerda, afirmando ainda que lesionou o joelho esquerdo. Que foi socorrido pelo SAMU, conforme cópia de certidão emitida pela assessoria executiva do órgão, tendo sido encaminhado ao Hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte/CE, local onde veio receber atendimento médico. Que no prontuário médico oriundo do Hospital Regional foi informado que o declarante teve escoriações em face e joelho DIREITO, no entanto, segundo o mesmo, as lesões foram em seu joelho ESQUERDO, tendo inclusive anexado cópia de uma retificação de prontuário, emitida pelo já mencionado hospital informando que o membro afetado por escoriações foi o joelho esquerdo. Que estava sozinho na moto, sem ninguém na garupa, tendo sido a única pessoa que se machucou no acidente. Que REJIANE MARIA MENDES DOS SANTOS é sua agenciadora e está lhe ajudando a dar entrada no seguro DPVAT. Que é devidamente habilitado, já possuindo CNH na época do acidente. Que foi informado que será expedida guia de exame de corpo de

Erivelton da Silva Nascimento



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 16837 / 2016

delito. E nada mais disse. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Layana Carvalho
LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Erivelton da Silva Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198445-1-X

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO Admissão: 09/08/2015 01:21
Pront.: 5853 Data Nasc.: 17/12/1991 Idade: 24 ano(s) 11 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 88 88265590
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO
Sexo: Masculino RG: 20074483549 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP Bairro: PIO XII
Endereço: RUA FREI IBIAPINO 210

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA Horário 09/08/2015 01:26
Queixa: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFIRINDO DOR EM MIE E FACE
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: LUCAS MACHADO GOMES DE PINHO PESSOA CRM: 16045 Nº: 278345 Horário 09/08/2015 01:46
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR EM UM ACIDENTE DE TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COM COLAR CERVICAL APOS ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE REFERE NÃO RECORDAR DE TODO O ACIDENTE E REFERE QUE O CAPACETE SAIU DE SUA CABEÇA
A= VIAS AEREAS PERVIAS
B= TORAX COM BOA EXPANSÃO SEM ABAULAMENTOS OU RETRAÇÕES
C= PA 140X80MMHG HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL
D= PIFR, CONSCIENTE ORIENTADO, ECG=15
E= ESCORIAÇÕES EM FACE E JOELHO DIREITO SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO
CD= SOLICITO RADIOGRAFIAS DO TRAUMA

ALTA

Data: 09/08/2015 19:40

Dra. Daisy M. Mendes
Médica Cirurgião
CRM CE 151536

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/08/2015 01:26:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	FRANCISCO FÁBIO AMARO FERREIRA

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RETIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO

PACIENTE: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO - PRONTUÁRIO: 5853

DATA DO ATENDIMENTO: 09/08/2015 - 01h21min.

ATENDIMENTO REALIZADO PELO MÉDICO ASSISTENTE NA OCASIÃO INFORMA QUE O PACIENTE ACIMA CITADO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE E JOELHO DIREITO SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO.

ESTE RELATÓRIO MÉDICO RETIFICA O BOLETIM DE ATENDIMENTO INICIAL DE 09/08/2015 INFORMANDO QUE O MEMBRO AFETADO POR ESCORIAÇÕES FOI O JOELHO ESQUERDO. PACIENTE PERMANECEU NESTA INSTITUIÇÃO SOB CUIDADOS MÉDICO E DE ENFERMAGEM ATÉ AS 19h40min.

JUAZEIRO DO NORTE-CE

08/12/2016

Dra. Daicy L. Menezes -
Médica Cirurgiã
CRM-CE 15.536

6607954-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/2001-70 | CGF 06.105.848-3

Coelce
agora e

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

455307182

Rota 16 13000 05 081000 - 1

Data de Emissão 24/11/2016

Nome MANOEL GONCALVES DE LIMA

End. Postal RU CEL RAUL 00200

PIO XII - JUAZEIRO DO NORTE - 63020340

Medidor 25007867

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 660793823-98

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Próxima Leitura
Nov/2016 24/11/2016 26/12/2016

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5016.6360.8055.0101.4004.4522.1388.7215

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consol.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5405	5479	1,00	126	0,00	00	0,136	17,32
					12	0,49800	11,92

24/11/16	25/10/16	30 Dias	126	38,65
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	38,65
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,52
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,96)	

01/12/2016

40,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	23,47
Transmissão	0,50
Distribuição	0,11
Imposto sobre Serviços	1,11
Imposto sobre Produtos Industrializados	0,50
TOTAL	40,17

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

131	126	123	119	126	133	128	144	147	124	139	137	136
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

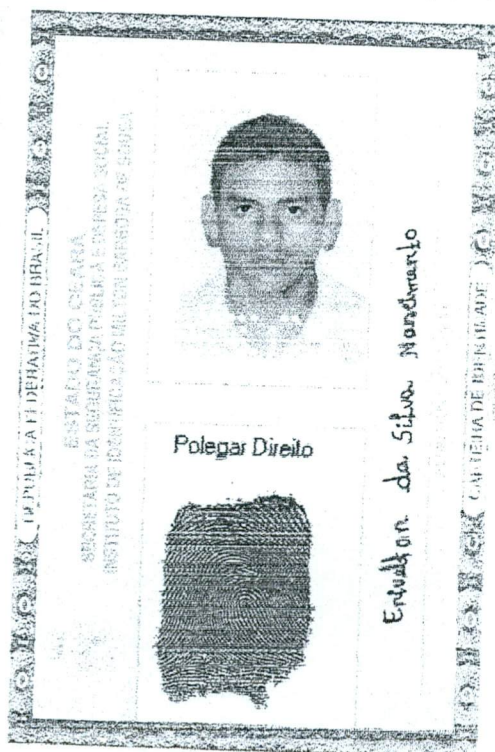
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

54,46 0,00

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.



1. VIA

REGISTRO CIVIL EM TORNO DO TÍTULO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO CIVIL

2007448364 - 9

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/02/2010

NOME: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

PAI: RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

MÃE: MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO

NASCIMENTO: JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO: 17/12/1991

PROF. ORIENT. CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MARECHOS TERMO: 37800 FOLHA: 299

LIVRO: 36 JUAZEIRO DO NORTE - CE

P.: 98

FLS. 18

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da facilidade que me é conferida por V. Ex. e o requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192-CEARÁ, prestou atendimento ao Sr. ENIVELTON DA SILVA NASCIMENTO, portador do RG Nº 20674453549 e inscrito no CPF sob o Nº 357.463.703-95, às 08h 5/08/2015 às 00h41min, no município de BUZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Leão Sampaio. Paciente vítima de acidente com motocicleta, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 24 de novembro de 2015

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua La Paz, nº 79 e 80, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3453 7414, Fax 3360 2061
E-mail: samu192@cariri.ce.gov.br
Cidade do SAMU: Eusébio, Ceará, Brasil. CEP: 61.060-000

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enivalton da Silva Nascimento,RG nº 20074483549, data de expedição ___/___/___, Órgão ___,CPF nº 057.469.703-95, 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>R. Fri Thiapina</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pio XII</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 98853 9019 / 3521 6549 / 99 96484008</u>
E-mail	<u>DESENGENHAR@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte 25-11-2016Assinatura do Declarante: Enivalton da Silva Nascimento

FLS. 02
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

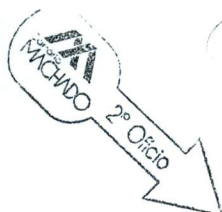
Nome: Erivelton da Silva Nascimento, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Vigilante, portador(a) do RG 2074483549, órgão expedidor SSP-AL
e do CPF: 057.469.703-95, residente no(a) Rua Frei Thiagolina
nº 210, bairro: Rio XII, município: Juazeiro do Norte / Ce.

OUTORGADO:

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco
nº 2001, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / Ce.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Erivelton da Silva Nascimento.

Local e Data: Juazeiro do Norte - Ce 23.11.16



Erivelton da Silva Nascimento
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

	Cartório MACHADO 2º Ofício	BEL PAULO DE TARSO G. MACHADO Tabelião R. São Francisco, 2461 Centro - Juazeiro do Norte - CE CEP: 63010-215 jripaulo@uol.com.br Fones: (88) 3512.1313 / (88) 3512.1518 / (88) 3512.4261	BEL CÍCERO A. G. MACHADO Substituto	BEL JOÃO G. MACHADO Substituto
	Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO . DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 23/11/2016.			
 Paulo de Tarso Gondim Machado				
[EM: 2.30][FE: 0.15][SE: 0.91][FA: 0.11][SS: 0.05][T: 1.32]				
Bel. Paulo de Tarso G. Machado Bel. Cícero A. G. Machado Bel. João G. Machado Maria R. G. Machado				

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

 SECRETARIA
 DE JUSTIÇA CIVIL
 DO NORTE - CE

Nº DO SINISTRO

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, Erivelton da Silva Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 20074483549 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 057469403-95 / CNPJ _____, PROFISSÃO negocio
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erivelton da Silva Nascimento 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: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

dois de novembro de 2016
 LOCAL E DATA

Erivelton da Silva Nascimento
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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, 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Erivelton da Silva Nascimento, portador da carteira de identidade nº 20074483549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 052.469.703-93, residente e domiciliado na R. Fri Ibiapina 210, Cidade Juazeiro do Norte Estado Ceará, 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
- (x) 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.

Erivelton da Silva Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte 25.11.2016

Local e data

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIFIC. / CIBS. NÚMERO DE 20074483549 SSP CE

CPF 037.469.703-95 DATA NASCIMENTO 17/12/1991

RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO
MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO

PRIMEIRO ACC CATEGORIA A

Nº RESERVO 05537425175 VALIDADE 13/03/2017 1ª HABILITACAO 11/07/2012

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Erivelton da Silva Nascimento

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSAO 01/08/2013

72622331534
CH136697330

DETRAN - CE (CLEAR)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 819119080

PROIBIDO PLASTIFICAR 819119080

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459592029
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 00544714369 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ 05746970395 PLACA DRY1643/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC1670DR491313

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CB 150 FAN ESI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

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

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE DATA 09/05/2016

Igor Ponte
Superintendente PEDIDOR DETRAN - CE

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

CE Nº 012459592029 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSAO 09/05/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 05746970395 PLACA DRY1643

RENAVAM 00544714369 MARCA / MODELO HONDA/CB 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KC1670DR491313

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04	DENATRAM (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 1,11	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE QUITACAO 06/05/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KC16E7D491313

03299



ESTADO DO CEARÁ
 Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
 SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado ERIVELTON DA SILVA
CIMENAS portador da Carteira Profi
 Série _____ Necessita de 08
 _____ dias de afastamento do trabalho a partir desta
 motivo de doença _____
 C. D. I 380.0

Juazeiro do Norte - CE, 31/08

Dr. Francisco Bruno Celiano
 Cirurgião Geral
 CRM 13469

Carimbo e Assinatura do Médico -

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no
 RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14 de março de 1966
 expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

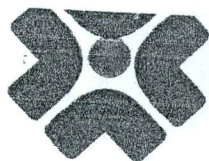
Nascimento ERIVELTON DA SILVA

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR 7 DIA(S)
 DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

cid: S83
 Francisco Bruno Celiano
 Ortopedia
 TEOT 13.212
 CRM-CE 10.119 / CRM-PE 18.420

JUAZEIRO DO NORTE(CE), 09 DE agosto DE 2015

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM



**Hospital
Santo Antônio**
Uma nova vida começa aqui

NOME: ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO – 23 ANOS
EXAME: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO
DATA: 31/08/2015
CONVÊNIO: CRESUS JUAZEIRO

RESSONANCIA MAGNETICA DO JOELHO ESQUERDO

Historia clínica: Paciente refere trauma automobilístico, com edema e dificuldade de deambular e dores frequentes.

Detalhes técnicos:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo, em aparelho de campo aberto, nas sequências T1, T2*, STIR e densidade protônica, e na sequência pesada em T2 no plano sagital oblíquo com especial interesse para o ligamento cruzado anterior.

Relatório:

Edema da medular óssea no ápice da patela e no côndilo tibial antero-medial por contusão óssea.
Presença de sinal irregular no corno posterior do menisco interno e no corno anterior e posterior do menisco externo o qual se estende as superfícies meniscais, compatível com lesão.
Ruptura do ligamento cruzado anterior.
Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.
Tendão do quadriceps e patelar com intensidade de sinal normal.
Ausência de derrame articular significativo.
Volumosa coleção extra-articular de sinal heterogêneo em todas as sequencias, com provável conteúdo hemático, localizada na região antero medial do joelho e medindo cerca de 6,3 x 2,6 x 8,6 cm.
Fossa poplíteia sem alterações significativas.

CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM-CE 10013

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Av. Paulo Maurício, S/N - B. Santo Antonio - CEP: 63180-000 - Barbalha - CE
CNPJ: 41.343.187/0004-56 | Fones: (88)3532.7700 - 3532.3700 - Fax: (88)3532.7720

FLS. 26
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Nº DO CLIENTE
187258-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 449527390

Rota 06 13000 24 315600 - 6 Data de Emissão 13/10/2016

Nome MARIA LUCIA DA SILVA NASCIMENTO

End. Postal RU FRI IBIAPINA 00210

PÍO XII - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 1346084 Poste 0000 B15W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 74497503-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Letura
Out/2016	13/10/2016	11/11/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês Ago/2016

EURO 34,25

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
144,58	27,00%	39,03

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

847F.FDDE.BFC5.AB63.4C5A.B0B1.CA86.6083

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
32190	31985	1,00	205	0,00	205	0,24694	50,40
						0,42317	29,62
						0,63476	60,65

13/10/16 12/09/16 31 DIAS 205 103,67

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	103,67
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,04
MULTA MORATORIA REF 09/2016	2,55
JUROS DO MES	1,67
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	27,24
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,79





ESTADO DO CEARÁ

Prefeitura Municipal de Juazeiro do N

SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Euvelton de Salvo
mento portador da Carteira P
 Série _____ Necessita de 09
 _____) dias de afastamento do trabalho a partir d
 motivo de doença Ruptura de menisco e
 C. D. I 583.2 / 583.5

Juazeiro do Norte - CE, 08/10

Carimbo e Assinatura do Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
 RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14 de março d
 expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do

SOPRAFA

Sociedade de Promoção e Assistência à Família

HOSPITAL GERAL DE MISSÃO VELHA

Av. José Dantas, 2103 - CEP.: 63.200-000 - Missão Velha - Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Segurado Euvelton de Salvo
Nascimento portador da Carteira Profissional nº _____
 Série _____ Necessita de 09 (09) dias de afas-
 tamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença _____
Traumatismo C.I.D. 5068

H. G. Silva
 Hospital ou Ambulatório

23/08/2015
 Hospital ou Ambulatório

SANTUCCI VAGNER
 Clínico Geral 2488
 Ass. do Médico - CRM N°

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS,
 aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido para jus-
 tificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Modelo 011

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 Orlando Oliveira da Silva, portador(a) do
RG nº 1664317, expedido por SSP-AL, em
16 / 07 / 1996, CPF/CNPJ nº 030.026.784-30,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) GRIVELTON
DA SILVA NASCIMENTO do sinistro de DPVAT da natureza INICIAL
da vítima GRIVELTON DA SILVA NASCIMENTO, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar.

Orlando Oliveira da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO DE 1664317 SRF AL

CPF 030.026.784-30 DATA NASCIMENTO 28/05/1979

FILIAÇÃO LOURIVAL SANTANA DE OLIVEIRA MARIA JOSE DA CONCEICAO

PERMISSAO ACB CATARAS

04144741014 VALIDEZ 04/09/2020 1ª HABILITACAO 16/06/2007

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Orlando Oliveira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 10/09/2015

66245063493 00149832717

ASSINATURA DO EMISOR

1157865574

6681044-2

438787947

Posto 10 13000 03 020670 - 9 Data de Emissão 15/07/2016

Nome ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

End. Postal AV PRS CASTELO BRANCO 02001 L A
LIMOEIRO - JUAZEIRO DO NORTE -

Ins. Id. 742411

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNH 030026784-30

Nome do Responsável

Posto 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CPF

Período	Data de Emissão	Data de Vencimento	Valor do Consumo	Valor do Imposto	Valor do Juro	Valor do Total
Jul/2016	15/07/2016	17/08/2016	83,39	27,00	22,51	132,90

Período	Data de Emissão	Data de Vencimento	Valor do Consumo	Valor do Imposto	Valor do Juro	Valor do Total
15-07-16	15-06-16	00 DIAS	119	0,00	0,00	119,00

VALOR CONSUMO DO MES 83,39

MULTA MORATORIA REF 06/2016 2,45

CORRECAO MONETARIA DO MES 3,16

JUROS DO MES 5,43

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ERIVELTON DA SILVA NASCIMENTO

DOC IDENTIDADE / CNH EMISSOR DE
20074483549 SSP CE

CPF
057.469.703-95 DATA NASCIMENTO
17/12/1991

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NONATO DO
NASCIMENTO
MARIA LUCIA DA SILVA
NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
2

Nº REGISTRO
05537425175 VALIDADE
13/03/2017 1ª HABILITAÇÃO
11/07/2012

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Emulção da Silva Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

ICCM
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
01/08/2013

72622931534
CE134697330

ASSINATURA DO EMISSOR

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
819119080

PREMIOS PLACIFICAR
819119080

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:

Frederico da Silva Nascimento