

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Nº Sinistro: 3180004760
Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12172547



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180004760**

Vitima: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

Data do Acidente: **08/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ITALA MARIA SOCORRO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004760**.

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 12172915



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Nº Sinistro: 3180004760
Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Sinistro: 3180004760
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180004760** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12472537

A/C: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

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: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 0000011021-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

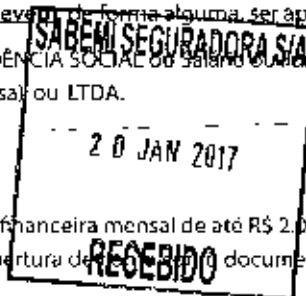
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jais Antonio Alves Nogueira
PORTADOR(A) DO RG Nº 04588913575 EXPEDIDO POR Outran-ia EM 24/09/15 E
CPF 026168543-09 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Empresário
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jais Antonio Alves Nogueira, 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;
- Contatipo 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 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) 2002 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41021-4

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.

Pacarua 20 de Dezembro de 2016 Jais Antonio Alves Nogueira
LOCAL E DATA 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.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO: - SAA, AG PACAJUS

DATA: 02/12/2016

HORA: 10:34:51

TERMINAL: 20021013

CONTROLE: 200210100161

AGÊNCIA: 2002 - PACAJUS

CONTA: 013.00011021-1

CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

SABEM SEGURADORA S/A

20 JAN 2017

RECEBIDO



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONT.
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 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 062168543-09	Nome completo da vítima LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		CPF titular da conta 062168543-09	Profissão AUTONIMO
Endereço RUA: CELSO NOGUEIRA		Número 786	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PACAJUS	Estado CE	CEP 62870000
Email italalima45@gmail.com		Telefone (DDD) 85-992698805	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. 2002 DV 013 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome SANTANDREA NRQ. 001 AGÊNCIA NRQ. 001 DV 001 CONTA NRQ. 001 DV 001 (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.

PACAJUS 07 de **DEZEMBRO** de 2017

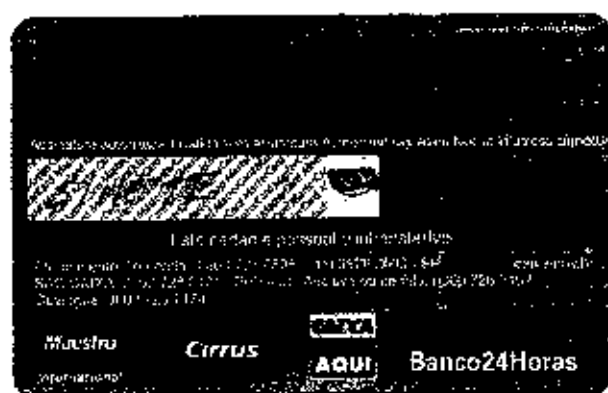
Local e Data

Luiz Antonio Alves Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180004760
Nome do(a) Examinado(a): Luis Antonio Alves Nogueira
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Nogueira, 786
Centro Pacajus CE CEP: 62870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000015047041
Data local do acidente: [08/10/2016]
Data local do exame: [22/02/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

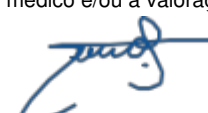
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADA RAFIA NO JOELHO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (15SS).
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 29/08/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL INCOMPLETA COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 2969 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2016 16:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **DEMUTRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**
Nascimento: **11/05/1988** CPF: **026.168.543-09**
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA NEZINHA ALVES NOGUEIRA**
MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CELSO NOGUEIRA, 832**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PACAJUS/CE**
País: **BRASIL**



Histórico

NARRA A VITIMA QUE VINHA TRANSITANDO EM SUA MOTOCICLETA; HONDA CG 125 FAN ES, QUE ESTÁ EM NOME DE ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120BR527432, COR PRETA DE PLACA NUY 2660; NA RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE NO HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO EM FRENTE AO DEMUTRAN UM CARRO ATRAVESSOU A PISTA DA DIREITA PARA ESQUERDA, MOMENTO EM QUE NÃO TEVE COMO FREAR SUA MOTO VINDO A COLIDIR COM O VEÍCULO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ AO HOSPITAL MUNICIPAL DE PACAJUS, ONDE FOI CONSTATADO, CONFORME LAUDO, LACERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM A MAIOR MEDINDO CERCA DE 18 CM, ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DOR EM ARCOS COSTEOS A DIREITA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL MESQUITA LANDIM - MAT.: 300483-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiz Antonio Alves Nogueira

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX SANDRO RODRIGUES MURADOR - MAT.: 300554-1-1



AMTP

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

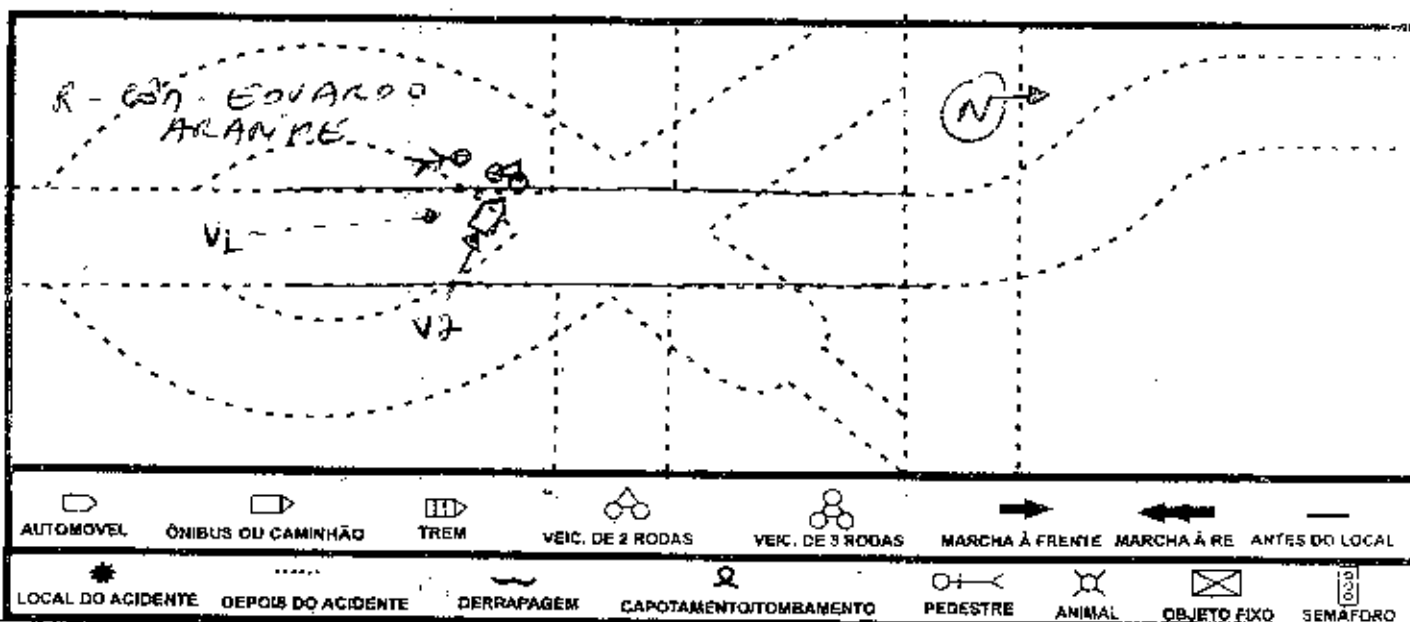
BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

AUTO DE INFRAÇÃO Nº
37287
BOAT Nº

DA OCORRÊNCIA		
Local da Ocorrência: RUA - CSA EDUARDO ARANHA Nº 1136		
Bairro: CENTRO	Referência:	
Hora do Acidente: 10:10	Hora da chegada ao acidente: 10:15	Data: 08/10/2016
Condições do tempo: (X) Bom () Chuva () Nebulosa () Garoa () Outro		
Condições da Via: (X) Seca () Molhada () Oleosa () Danificada () Em Obras () Outro		
Tipo de Pavimentação: () Terra (X) Asfalto () Calçamento () Paralelepípedo () Outro		
Condições da Sinalização Semafórica: (X) Normal () Com defeito () Desligado () Inexistente		
Condições da Sinalização Vertical: (X) Boa () Ruim () Inexistente		
Condições da Sinalização Horizontal: () Boa (X) Ruim () Inexistente		
Classificação do Acidente: () Sem vítima (X) Com vítima () Fatal	Número de Vítimas: () Mortos () Feridos	20 JAN 2017
Natureza do Acidente: () Col. Frontal (X) Col. Lateral () Col. Traseira () Col. Transversal () Tombamento () Capotamento () Choque c/Obj. Fixo () Atropelamento de Pedestre () Atropelamento de Animal () Engavetamento		
DADOS DOS ENVOLVIDOS		
CONDUTOR/VEICULO 01		
Nome do Condutor: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA	Sexo: (X) Masculino () Feminino	(X) CNH () PD () Não Habilitado
Endereço:	Data Nascimento:	
CNH: 04588913575	RG:	Validade CNH: 13/01/2017 Categoria: A UF: CE
Placa: NY 2666	Marca: HONDA	Modelo: PAN Cor: PRETA
Nome do Proprietário:	CPF/CNPJ:	
Endereço:		
Veic. Liberado ()	Para:	
Veic. Recolhido/Depósito (X)	CNH:	Categoria/CNH:
CONDUTOR/VEICULO 02		
Nome do Condutor: RAIMUNDO LEOMAR DE QUEIROZ LEITE	Sexo: (X) Masculino () Feminino	(X) CNH () PD () Não Habilitado
Endereço:	Data Nascimento:	
CNH: 02188785088	RG:	Validade CNH: 28/04/2017 Categoria: AD UF: CE
Placa: FMM 1376	Marca: CHEV	Modelo: COBALT Cor: BRANCA
Nome do Proprietário: MARIA VANIA DE SOUSA RODRIGUES	CPF/CNPJ: 30219531315	
Endereço:		
Veic. Liberado (X)	Para: CONDUTOR	
Veic. Recolhido/Depósito ()	CNH:	Categoria/CNH:
DAS VÍTIMAS		
VÍTIMA 01		
Nome da Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA	Sexo: (X) Masculino () Feminino	Data Nascimento:
Endereço:	Fone:	
Ferimento: N.A () Leves () Graves () Fatais	Condições da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre	Condução da vítima: (X) Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros
VÍTIMA 02		
Nome da Vítima:	Sexo: () Masculino () Feminino	Data Nasc:
Endereço:	Fone:	
Ferimento:	Condições da Vítima:	Condução da vítima:
() Leves () Graves () Fatais	() Condutor () Passageiro () Pedestre	() Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros
DAS TESTEMUNHAS		

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
		Fone:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
		Fone:

DIAGRAMA

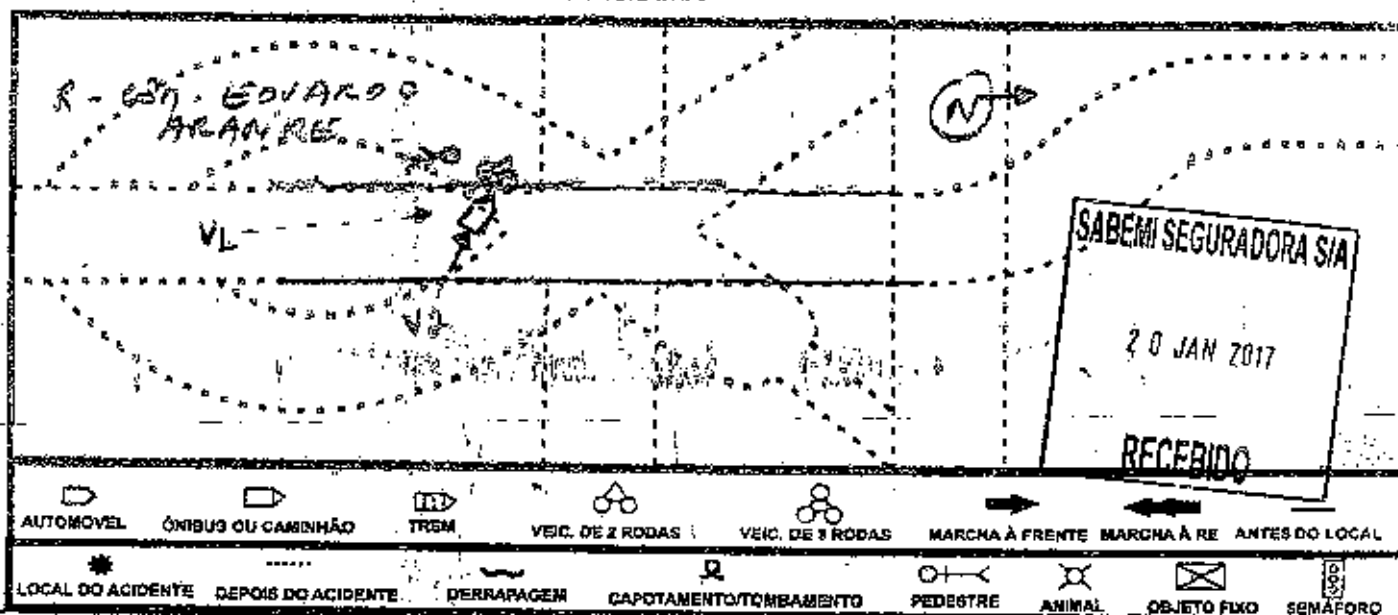


NARRATIVA			
CONDUTOR DO VL NUY 2660 TRANSITAVA NA RUA EDUARDO ARANPE SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOUVE UMA COLISÃO COM V2 PMM 1376.			
OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR DO LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOUVE O ACIDENTE			
OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO VL NUY 2660 ART- 230V AUTO Nº 37287 REMOCA VEICULO			
DAS AVARIAS			
Referente ao V1:	PEQUENAS AVARIAS		
Referente ao V2:	AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCADO DE		
PERICIA CIVIL - ATENDIMENTO II SIMULADO			
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
AGENTES ENCARGADOS DO ATENDIMENTO			
Nome:	Matrícula:	Assinatura:	
At. NUNES	5693		
Nome:	Matrícula:	Assinatura:	
At. VALMIR	129876		

José Wilson Muniz de Souza
 Supervisor de Trânsito e Transporte
 AMTP - PACAJUSTRANSITO
 Portaria Nº 521 - 8/2015

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
Fone:		

DIAGRAMA



<p>CONDUCTOR DO VL NUN 2660, TRANSITAVA NA VIA ESQUERDA EDUARDO ARANHA SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOVE UMA COLISAO COM V2 PMM 1376.</p> <p>OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSAO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR DO LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOVE O AGENTE</p> <p>OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO VL NUN 2660 AMT- 230V AUTO Nº 37287 REMOCA VEICULO</p>			
Referente ao V1:	PEQUENAS AVARIAS		
Referente ao V2:	AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCHELOVE		
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Vltura:
Nome: AT. NUNES	Matricula: 5693	Assinatura:	
Nome: AT. VALMIR	Matricula: 129876	Assinatura:	

José Wilson Muniz de Souza
 Supervisor de Trânsito e Transporte
 AMTV - PACAJUSTRANSITO
 Portaria Nº 521 - 8/2015



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



Documentos do IGC - IGC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 2969 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2016 16:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **DEMUTRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**
Nascimento: **11/05/1988** CPF: **026.168.543-09**
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA NEZINHA ALVES NOGUEIRA**
MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CELSO NOGUEIRA, 832**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **PACAJUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **9182-3471**

Histórico

NARRA A VITIMA QUE VINHA TRANSITANDO EM SUA MOTOCICLETA; HONDA CG 125 FAN ES, QUE ESTÁ EM NOME DE ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120BR527432, COR PRETA DE PLACA NUY 2660; NA RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE NO HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO EM FRENTE AO DEMUTRAN UM CARRO ATRAVESSOU A PISTA DA DIREITA PARA ESQUERDA, MOMENTO EM QUE NÃO TEVE COMO FREAR SUA MOTO VINDO A COLIDIR COM O VEÍCULO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ AO HOSPITAL MUNICIPAL DE PACAJUS, ONDE FOI CONSTATADO, CONFORME LAUDO, LACERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM A MAIOR MEDINDO CERCA DE 18 CM, ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DOR EM ARCOS COSTEOS A DIREITA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL MESQUITA LANDIM - MAT.: 300485-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX SANDRO RODRIGUES MURADOR - MAT.: 300554-1-1

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
10/10/2016

ENTRADA



AMTP

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

AUTO DE INFRAÇÃO Nº

37287

BOAT Nº

DA OCORRÊNCIA			
Local da Ocorrência: RUA - CON. EDUARDO ARANHA Nº 1136			
Bairro: CENTRO		Referência:	
Hora do Acidente: 10:10		Hora da chegada no acidente: 10:12 Data: 08/10/2016	
Condições do tempo: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Chuva <input type="checkbox"/> Nebulosa <input type="checkbox"/> Garoa <input type="checkbox"/> Outro			
Condições da Via: <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/> Oleosa <input type="checkbox"/> Danificada <input type="checkbox"/> Em Obras <input type="checkbox"/> Outro			
Tipo de Pavimentação: <input type="checkbox"/> Terra <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Calçamento <input type="checkbox"/> Paralelepípedo <input type="checkbox"/> Outro			
Condições da Sinalização Semafórica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Com defeito <input type="checkbox"/> Desligado <input type="checkbox"/> Inexistente			
Condições da Sinalização Vertical: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Inexistente			
Condições da Sinalização Horizontal: <input type="checkbox"/> Boa <input checked="" type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Inexistente			
Classificação do Acidente:		Número de Vítimas:	
<input type="checkbox"/> Sem vítima <input checked="" type="checkbox"/> Com vítima <input type="checkbox"/> Fatal		<input type="checkbox"/> Mortos <input checked="" type="checkbox"/> Feridos	
Natureza do Acidente:			
<input type="checkbox"/> Col. Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Col. Lateral <input type="checkbox"/> Col. Traseira <input type="checkbox"/> Col. Transversal <input type="checkbox"/> Tombamento <input type="checkbox"/> Capotamento			
<input type="checkbox"/> Choque c/Ob. Fixo <input type="checkbox"/> Atropelamento de Pedestre <input type="checkbox"/> Atropelamento de Animal <input type="checkbox"/> Engevetamento			
DADOS DOS ENVOLVIDOS			
CONDUTOR/VEICULO 01			
Nome do Condutor:		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		<input checked="" type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Não Habilitado	
Endereço:		Data Nascimento:	
CNH: 4588923575		RG: Validade CNH: 13/01/2018 Categoria: A UF: CE	
Placa: 926666		Marca: HONDA Modelo: PAN Cor: PRETA Espécie/Tipo: PASSAGEIRO	
Nome do Proprietário:		CPF/CNPJ:	
Endereço:			
Veic. Liberado <input type="checkbox"/>		Para:	
Veic. Recolhido/Depósito <input checked="" type="checkbox"/>		CNH: Categoria/CNH:	
CONDUTOR/VEICULO 02			
Nome do Condutor:		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
LEONARDO LEITE		<input checked="" type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Não Habilitado	
Endereço:		Data Nascimento:	
CNH: 0288785088		RG: Validade CNH: 28/04/2018 Categoria: A UF: CE	
Placa: 137777		Marca: CHEV. Modelo: B47 Cor: BRANCA Espécie/Tipo: PASSAGEIRO	
Nome do Proprietário:		CPF/CNPJ:	
MARCIA VANIA DE SOUSA RODRIGUES		3021953315	
Endereço:			
Veic. Liberado <input checked="" type="checkbox"/>		Para: CONDUTOR	
Veic. Recolhido/Depósito <input type="checkbox"/>		CNH: Categoria/CNH:	
DAS VÍTIMAS			
VÍTIMA 01			
Nome da Vítima:		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		Data Nascimento:	
Endereço:		Fone:	
Ferimento: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves <input type="checkbox"/> Fatais		Condições da Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre	
		Condução da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância/Hosp. <input type="checkbox"/> Veic. Particular/Hosp. <input type="checkbox"/> Outros	
VÍTIMA 02			
Nome da Vítima:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
		Data Nasc:	
Endereço:		Fone:	
Ferimento: <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves <input type="checkbox"/> Fatais		Condições da Vítima: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre	
		Condução da vítima: <input type="checkbox"/> Ambulância/Hosp. <input type="checkbox"/> Veic. Particular/Hosp. <input type="checkbox"/> Outros	
DAS TESTEMUNHAS			

DIAGRAM 4

INVESTIPRE
SEGURADORA S/A

19 DEZ. 2007

ENTRADA

R - COT. EDUARDO
ARANHA

VL

VEIC. DE 2 RODAS

VEIC. DE 3 RODAS

MARCHA À FRENTE

MARCHA À RÉ

ANTES DO LOCAL

LOCAL DO ACIDENTE

DEPOIS DO ACIDENTE

CARRAPAGEM

CAPOTA/SENTADO/TOMBAMENTO

PEDESTRE



ANIMAL

OBJETO FIXO

SINALIZACAO

CONDUTOR DO V. NÚM 2660, TRANSITAVA NA
RUA ENEGO EDUARDO ARAÚJO SENTIDO NORTE
(VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOUVE UMA
COLISÃO COM VEH. PMM 1376.
CRS: IV2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO
PARA A ESQUERDA PARA ESTAÇÃOAR DO
LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOUVE O
ACIDENTE
CRS: I - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO VEH
NÚM 2660 ANJ- 230V AUTO NEST 287 REMOVIDO VEHICULO

Referente ao V1:	PEQUENAS AVARIAS
Referente ao V2:	AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCHELOVE

PERICIA CIVIL - ATENDIMENTO - SIM - NÃO			
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
AGENTES ENCARGADOS DO ATENDIMENTO			
Nome: AT. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura: 	
Nome: AT. VALMIR	Matrícula: 129876	Assinatura: 	

José Wilson Muniz de Souza
 Supervisor de Trânsito e Transporte
 AMTP - PACAJUSTRÂNSITO
 Portaria Nº 521 - 8/2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Luís Antonio Alves Nogueira, portador da carteira de identidade nº 04588913575 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.168.543-09, residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, 786, Cidade Pacajus, 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

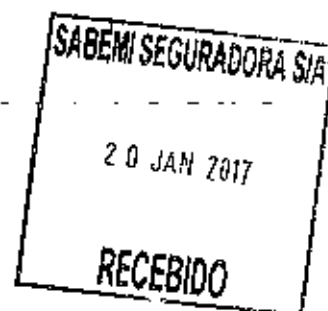
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Luís Antonio Alves Nogueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Pacajus - ce 20.12.2016

Local e data

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 interdita 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

LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA

CPF da Vítima

02616854308

Data do Acidente

08/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

Itala Maria Socorro Lima

CPF do Representante Legal

35900504387

Email

italalima45@gmail.com

Telefone (DDD)

85992698805

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 perícia 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.

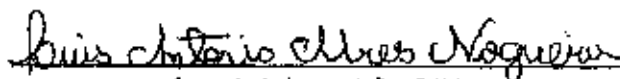
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 atenção 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.

3170/3617893170/361789

Pacajus 07 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

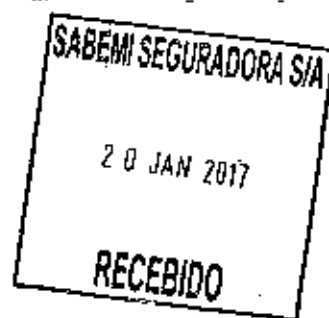
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte Interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

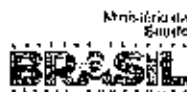
Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

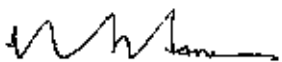


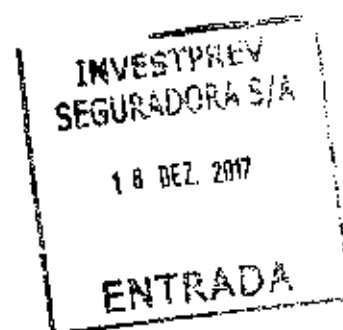
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.poto1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samucoo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

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: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000011021-1

Nr. da Autenticação 03B4E8FCFE334457

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Juvis Antonio Alves Nogueira

RG nº 04588913575, data de expedição 24/09/15, Órgão Detran-ce

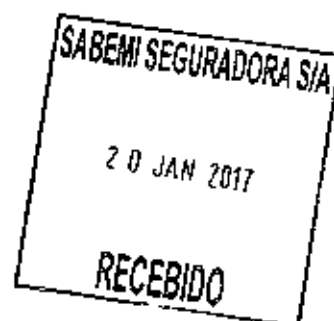
CPF nº 026.468.543-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Celso Nogueira</u>
Número	<u>786</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pacajus</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>62870000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8776-7188 / 8824-7477</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pacajus-ce 20.12.2016

Assinatura do Declarante: Juvis Antonio Alves Nogueira



SABEMI SEGURODORA S/A
20 JAN 2017
RECEBIDO

4451403-4
 Para a Rota de atendimento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

de 28 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 R. Pedro Ubaldino, 180
 CEP 60135-000 | Fortaleza CE
 CNPJ 01042251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

Controle Enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) Nº 165133201
Rota 07 20030 10 158000 - 6 **Data de Emissão** 09/02/2017
Nome FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO
End. Postal RU CELSO NOGUEIRA 00786
 CENTRO - PACAJUS - 62370000
Medidor 1301595 **Posto** 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL NONDIFASICO **Fator de Potência** 0,00
RG/CPF/CNPJ 698870393-49 **CGF**
Nome do Responsável



TABELA DE PREÇOS			TABELA DE CARGAS DO FORNECIMENTO					
Vigência			Vigência					
Data de Referência			Data de Referência					
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL			VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL		
R\$ 73,48			R\$ 73,48			R\$ 73,48		
TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			TAXAS E CONTRIBUIÇÕES		
Data de Referência			Data de Referência			Data de Referência		
Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017			Fev/2017 09/02/2017		
Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)			Data de Cálculo (R\$)		
73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80	73,48	27,00	19,80
VALOR RESERVADO AO CONTRIBUÍVEL								

3180 004760



4451403-4

Para utilizar este estabelecimento, utilize o nº acima e verifique que esteja em conformidade com o CNPJ.

Companhia de Referência do Ceará
Rua Pedro Vitorino, 150
CEP: 60110-000 | Fortaleza CE

CNPJ 07447251/000170 | CCE 08.205.848-3

Código de barras

CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SERIE B4 | RP

465135201

Rota 07 20030 10 168000 - 6 Data de Emissão 09/02/2017

Nome FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO

End. Postal RU CELSO NOGUEIRA 00786
CENTRO - PACAJUS - 62870000

Medidor 1301595

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CNPJ 698870393-49

DGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Período de Referência
Fev/2017 09/02/2017 10/03/2017

SERIE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o logotipo no verso desta conta.

Condição PACAJUS

Mês Dez/2016

SIED 25,11

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
73,48 27,00% 19,83

Potência Contratada (kW)		Apuração Individual	
Atual	Antes	Atual	Antes
5,55	11,10	2,20	0,13
2,33	6,66	3,28	1,00
3,20		2,52	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0025.8747-02F0.7079.7004-02F0.6556-00PE

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DO CONSUMO

Linha Atrelada e Linha Anterior e Corrente e Consumo Anterior e Consumo Atual e Consumo Total e Tarifa (R\$/kWh) e Valor (R\$)

1012	509	1,00	103	0,00	103	0,00000	00140
------	-----	------	-----	------	-----	---------	-------

09/02/17 12/01/17 22 DIAS 103 VALOR 73,48

VALOR CONSUMO DO MES 73,48
JUROS DO MES 0,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 7,88INVESTPREV
SEGURADORA S/A

05 JAN. 2017

ENTRADA



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 Francisco Marcelo Vitorino de Lima portador(a) do

RG nº 0129 7953694, expedido por Abrão - e, em

43 / 05 / 2018, CPF/CNPJ nº 44.832.388 / 0001 - 00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luís

Antônio Alves Nogueira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Luís Antônio Alves Nogueira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Não possui

Francisco Marcelo Vitorino de Lima
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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 ITALA MARIA SOCORRO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 358 005 043 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09, 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 CEL CICERO NOGUEIRA		Número 358	Complemento A
Bairro CENTRO	Cidade PACAJUS	Estado CEARA	CEP 62870000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

PACAJUS, 14 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

13 DEZ. 2017

Itala M. Socorro Lima
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, RG: 99025043233 data de expedição 03/05/2010, SSP-CE, portador do CPF: 019.476.773-65, com domicílio na cidade de Pacajus, no estado de Ceará, onde resido na Rua Celso Nogueira, N° 786, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

Veículo: PAS/MOTOCICLO

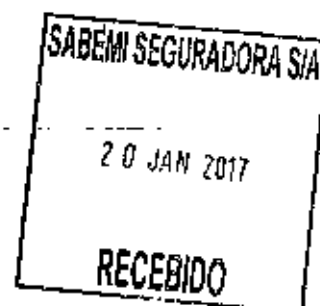
Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES

Ano: 2011/2011

Placa: NUY-2660

Chassi: 9C2JC4120BR527432

Data do Acidente: 08/10/2016



Local e Data: 06/12/2016-Pacajus /CE

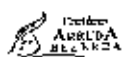
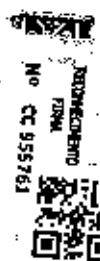


Ana Paula Feitosa da Silva

Assinatura do Declarante

Luis Antonio Alves Nogueira

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



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO DE PACAJUS - CE
Rua Celso Nogueira, 134 - Centro - CEP: 61200-000 - Fone/Fax: (85) 3365-0123
Tribunal: ADRIANA ARRUDA BEZERRA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a assinatura de ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, portadora do RG nº 99025043233 e do CPF nº 019.476.773-65, residente e domiciliada em Pacajus - CE, declarando a propriedade do veículo Honda/CG 125 FAN ES, placa NUY-2660, chassi 9C2JC4120BR527432, envolvido no acidente ocorrido em 08/10/2016, com a vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA, cujo condutor era LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

ADRIANA ARRUDA BEZERRA

Com a declaração do CC em cartório, não há necessidade de reconhecimento de firma.



0001

Impressão

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA,
RG nº 20090794057, data de expedição / /,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 019.476.773.65, com
domicílio na cidade de PACAJUS, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CELSO NOGUEIRA, nº 00786,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era
LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

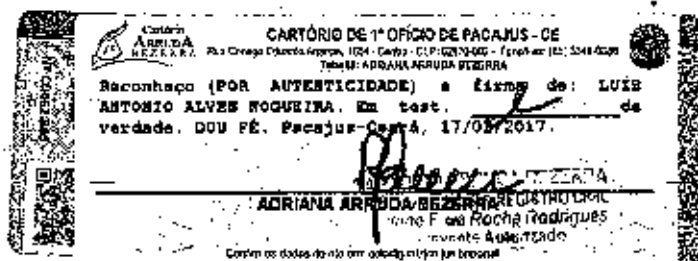
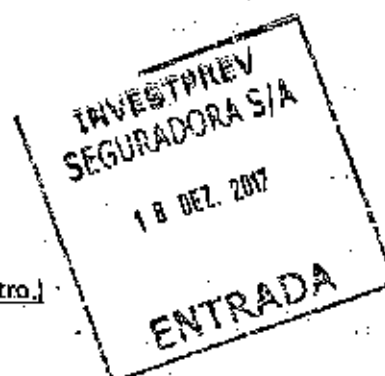
Veículo: **MOTO**
Modelo: **HONDA CG 125 FAN ES**
Ano: **2011**
Placa: **NUY 2660**
Chassi: **9C2JC4120BR527432**
Data do Acidente: **08/10/2016**
Local e Data: **PACAJUS 10/02/2017**



Ana Paula Feitosa da Silva
Assinatura do Declarante

Luis Antonio Alves Nogueira

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



PACIENTE									
Luis Antonio Alves Nogueira									
DATA NASCIMENTO		IDADE		TELEFONE		SEXO		RAÇA COR	
11/05/88		28		91691009		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA	
DOCUMENTO				NATURALIDADE				<input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA	
2000015047041								<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVA(A)	
PAI:		Marcilio Nogueira de Oliveira						<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> Outros(A)	
MÃE:		M ^{te} Nenzinha Alves Nogueira							
LOGRADOURO (RUA, Avenida Travessa)									
Rua - Celso Nogueira - 749									
BAIRRO									
Centro									
PONTO DE REFERENCIA						AGENTE DE SAÚDE			
CIDADE				U.F.		SETOR/CLINICA		MOTIVO DO ATENDIMENTO	
Pacatus				CE					
ORD.	PROCEDIMENTOS:					CÓDIGO		CID	
01									
02									
SINAIS VITAIS		PRESSÃO ARTERIAL		TEMPERATURA		PESO			
		mm.hg		°C		Kg			
HISTÓRIA CLÍNICA									
<p>Rx cran. cortan D</p> <p>Rx mid</p> <p>Rx inge</p> <p>Luciano Ramos Mendes CRM 17738</p> <p>SABEM SEGURADORA S/A 28 JAN 2017 RECEBIDO</p> <p>Devido a trauma de colisão auto x moto, estava na moto e capote. Transportado pelo SAMU. Lacerações em mid, com a maior medindo cerca de 18 cm. Enxarcas em m.se, dor em áreas cortan à direita.</p> <p>S/ fraturas nos ossos de unguem.</p> <p>Sufragado em 2 minutos na menor laceração.</p> <p>BEB, LOTE, expirado.</p> <p>Trançado Temp EV</p>									
DIAGNÓSTICO									



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

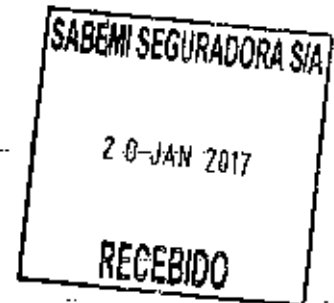
ATESTADO MÉDICO

Atesto que Leis Antonio Alves
Hopelina
necessita de quince (15) dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID S-8.1

Dr. Roberto Ueta Decima
Especialista em Medicina Geral Integral
RMS 23.710.5

Pacajus, 25 / 10 / 2016

Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Ce
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.3487





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cep.: 62.870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Srs Antonio Alves Nogueira

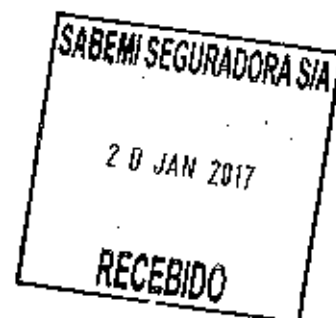
necessita de 15 dia (s) de licença

para Tratamento de Saúde.

CID: V29.8

Pacajus-CE, 08 de 10 de 16

Ludano Ramalho Mendes
CRM 17788
Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Leis Antônio Alves Nogueira

uso interno

via oral

Cefalexina 500mg _____ 28cp

Tomar 1cp de 6/6h 7 dias

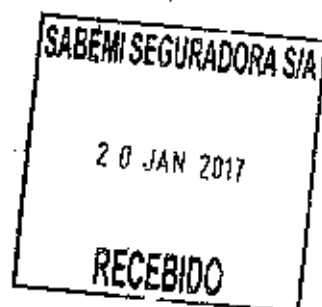
Ibuprofeno 600mg _____ 1cp

Tomar 1cp de 6/6h se dor

08/10/16

Luciano Ramos Mendes
CRM 17738

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n
Centro - Pacajus / FONE/FAX: (65) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

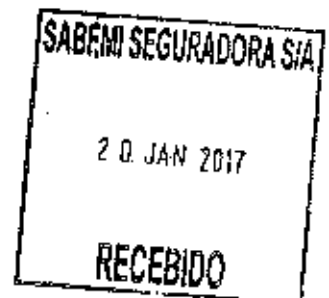
Identificação do Emitente	
Nome Completo:	<u>Dr. Alexandre</u>
CRM:	<u>6848</u> UF: <u>CE</u> nº: <u>6848</u>
Endereço Completo e Telefone:	<u>BRAS</u> <u>de FRANCISCO</u>
Cidade:	<u>475</u> UF: <u>CE</u>

<u>Dr. Alexandre</u> CRM 6848-CE CLÍNICA MÉDICA
<u>Dr. Alexandre</u>
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Guilherme Antônio NogueiraEndereço: R. Celso Nogueira 788Prescrição: 0 Risperidona Spray - 1mlUsar nas lentes até
0.3 vezes diaPacajus
11.10.16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Idente:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	Data: <u>1</u> / <u>1</u>

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n Centro - Pacajus / FONE/FAX: (85) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes



DATA ATENDIMENTO: 08/10/16 HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE

Luis Antonio Alves Nogueira

DATA NASCIMENTO

11/05/88

IDADE

28

TELEFONE

91691009

SEXO

☒ M ☐ F

RACA COR

☐ BRANCA ☐ AMARELA

☐ PRETA

☐ PARDA

ESTADO CIVIL

☐ SOLTEIRO(A) ☒ VIVO(A)

☐ CASADO(A) ☐ Outros(A)

PAI

Marcilio Nogueira de Oliveira

MÃE

Mª Nenzinha Alves Nogueira

LOGRADOURO (RUA, Avenida, Travessa)

Rua - Celso Nogueira - 749

BAIRRO

Centro

PONTO DE REFERENCIA

AGENTE DE SAÚDE

CIDADE

Pacajus

UF

CE

SETOR/CLINICA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ORD.

PROCEDIMENTOS:

01

02

CÓDIGO

CID

SINAIS
VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

mmHg

TEMPERATURA

°C

PESO

kg

HISTÓRIA CLÍNICA

Kx mãos certas D

Kx m. id

Kx m. ge

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA

Queixos referentes de edema no 2º e 3º dedo, dor no 2º e 3º
dedos. Tratado pelo SAMU. Ingestão de medicação com a mão
medida cerca de 18 cm. Exame em m. se, dor em m. se, dor
à digestão, com trauma.

S/ fadiga nas pernas de m. se.

Relato de 2 m. se no m. se.

Relato de 1 m. se, suposto.

Tratado com analgésico e p. de m. se.

DIAGNÓSTICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes

DATA ATENDIMENTO:

08/10/16 HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE				Luis Antonio Alves Nogueira	
DATA NASCIMENTO	IDADE	TELEFONE	SEXO	RACA COR	
11/05/88	28	91691009	M	<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/> AMARELA
DOCUMENTO	NATURALIDADE		<input type="checkbox"/> PRETA		
2000015047041			<input type="checkbox"/> PARDA		
PAI:	Marcilio Nogueira de Oliveira		ESTADO CIVIL		
MÃE	Mª Nenzinha Alves Nogueira		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A)		
			<input type="checkbox"/> VIÚVA(A)		
			<input type="checkbox"/> CASADO(A)		
			<input type="checkbox"/> Outros(A)		
LOGRADOURO (RUA, Avenida Travessa)					
Rua - Celso Nogueira - 749					
BAIRRO					
Centro					
PONTO DE REFERENCIA				AGENTE DE SAÚDE	
CIDADE				MOTIVO DO ATENDIMENTO	
Pacajus					
ORD.	PROCEDIMENTOS:	CÓDIGO	CID		
01					
02					
SINAIS VITAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO		
	mm.Hg	°C	Kg		
HISTÓRIA CLÍNICA					
Kx m. cor. cor. D					
Kx m. id					
Kx m. se					
Durante o exame de colúmbio, após o exame, a paciente apresenta uma lesão na região da cabeça, trazida pelo SAMU. Localizada na região da cabeça, com a medida medida cerca de 18 cm. Examinada em m. se, dos an. cor. cor. a direita, com trauma.					
S/ fratura nos ossos da cabeça.					
Durante o 2º exame na mesma localização.					
BEH. LITE, sup. m. se.					
Trauma lateral.					
DIAGNÓSTICO					
Trauma com fratura e fr. de osso.					

INVESTPREV
SEGURO S/A
18 DEZ 2017

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente

LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

ATESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUTACIADO SOFRIU
ACIDENTE DE TRAFEGO COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA COM CATINHO
DEIXANDO SEQUELA NEUROLÓGICA COM
DOR NA PERNA DIREITA, A MESMA
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA
SIBILIDADE E EFICIÊNCIA
DE GRANDE MONITORIA DESDE 08/08/2016.

CID 10 - R20.2
T93.0
T01.3

29/08/2017

Dr. Sam Mariano Larello
Médico CREMOP 1670
Deus é Fiel

Rua Tenente Joaquim Nogueira do Queiroz, 191 - Centro - Pacajus - RJ 23.561-170 - 1551 2348 1531
E-mail: segundepacajus@yahoo.com.br

ENTRADA

() Ralo X () Ultra-som () Eco () Sangue () Urina () Outros:

OBSERVAÇÃO: () até 24hs () Alta () Transferência Data e Hora: ____/____/____	
PARA ÓBITO	
ANTES DO 1º ATENDIMENTO	() SIM () NÃO
DESTINO DO CORPO: () Entregue a Família () IML () Anatomia Patológica	

Assinatura do Paciente/Responsável:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cep.: 62.870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GONVES

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Srs Antonio Alves Nogueira

necessita de 15 dia (s) de licença

para Tratamento de Saúde.

CRM: V298

Pacajus-CE, 08 de 10 de 16

Luciano Ramalho Mendes
CRM 17488

Assinatura do Médico

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que João Antônio Alves
Popelina
necessita de 15 dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID 34.1

Dra. Edileide Vitoria Decima
Especialista em Medicina Geral Integral
RMS: 23.370.745

Pacajus 25 / 10 / 2016

Rua Ten. Joaquim Nogueira da Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Co
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.3487

GRÁFICA ENCAIXE (85) 3352.2431

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAGOMINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente: LUIS ANTONIO ALVES NEGREIRA

ATESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUFRIU ACIDENTE QUE O
ACIDENTE DE MOTO COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA COM CATRO
DEIXANDO SEQUELA NEUROLÓGICA COM
DOR NA PERNA DIREITA, A MESMA
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA SEN-
SIBILIDADE E CIRCUNSCRIÇÃO
DE GRANDE MONITA DESDE 08/10/2016.

CID 10 - R20.2
T93.0
T01.3

29/08/2019

Dr. Sam Martins Larelle
Médico - CRL 11670
Deus é Fiel

Rua Teófilo de Faria, 100 - Centro - Paragominas - PA - 06.000-000
Fone: (91) 3611-1111

INVESTIDOR
SEGURADORA S/A
19 JAN. 2018
ENTRADA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PARTIDO NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO UF: **2000015047041 927 CR**

CPF: **026.168.543-09** DATA NASCIMENTO: **11/05/1988**

ENDEREÇO: **MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
MARIA NENEZINHA ALVES NOGUEIRA**

RESIDÊNCIA: **RESIDENCIA** ACE: **ACE** CATEGORIA: **A**

Nº IDENTIFIC: **04588913575** VALIDADE: **22/09/2020** 1ª HABILITACAO: **09/06/2011**



Observações:

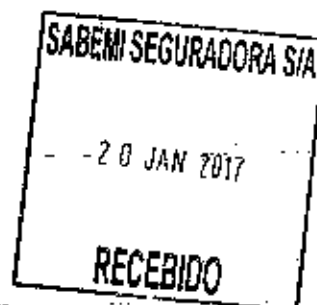
SEM OBSERVAÇÃO;

Luís Antonio Alves Nogueira
Assinatura do Portador

LOCAL: **PORTALEZA, CR** DATA EMISSÃO: **24/09/2015**

[Assinatura] **56940104251**
ICOR VAREZINHA MOTA **CR149837178**
Assinatura do Emissor

1158455000



[illegible]

INVESTPREV
SEGUROADORA S/A
18 DEZ. 2007
ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013145683348
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD ATIVAVIM - B.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 00286888092 0000000000 2016

ANA PAULA FEITOSA DA SILVA

PACAJUS /CE

CPF / CNPJ 01947677365 PLACA NUY2660/CE

PLACA ANT / UP /CE 9C2JC4120BR527432

ESP-CE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIV GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CB 125 FAN ES 2011 2011

DATA DE REGISTRO 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PRETA

COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA	VEIC. / COTAS
1 *****	2 **/**/**	1 *****
2 *****	3 *****	2 *****
3 *****	4 *****	3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04 DESAVALUO (R\$) 14,34 VALOR TOTAL (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 VALOR TOTAL (R\$) 292,03

DATA DE PAGAMENTO 09/11/2016

LOCAL PACAJUS DATA 14/11/2016

Assinatura: Igor Farias
Subsecretaria de Registro e Licenciamento de Veículos

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013145683348 BILHETE DE SEGURO

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

VIA - CPF / CNPJ 01 01947677365 PLACA NUY2660/CE

00286888092 HONDA/CB 125 FAN ES

ANO FAB. 2011 COR 09 9C2JC4120BR527432

PREMIO TARIFARIO 129,04 DESAVALUO 14,34 VALOR TOTAL 143,38

CUSTO DO BILHETE 4,15 VALOR TOTAL 292,03

DATA DE PAGAMENTO 09/11/2016

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.658/0001-04

MOTOR: JC41E2B527432

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

PPT 03 0028488809 0000000000 02016

ANA PAULA PETTUSO DA SILVA

PALACIUS 7CE

01947677365 MUV2660/EE

PLACA ANT. 1P 7CE

FAS/MOTOCICLO 125 PAR ES

2F/OCV/124CC

2F/OCV/124CC

DATA ÚNICA *****
FABR. NÚM. *****
PARCELAMENTO ÚNICO *****

PREL. TARIFÁRIO (R\$) 0,15

DATA DE PAGAMENTO *****

SEC. DE DEF. NÚMERO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU TÃO "SEGURO DPVAT"

013145683948 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 922 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 14/11/2016

01 01947677365 MUV2660

00284888092 HONDA/CE 125 PAR ES

ANO FAB 2011 DEL. DEF 09 9C2JC4120BR527432

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO DANOS PESS. 0,15 OF. DEF 1,11 TOTAL SEGURO (R\$) 292,91

DATA ÚNICA 09/11/2016

SEGURODORA LIDER - DPVAT

013145683948 00284888092 002796

11010500 11010500 11010500 11010500

ENTRADA
14/11/2016
SEGURODORA LIDER
11010500 11010500 11010500 11010500



Certificado da Condição de Microempreendedor Individual
Identificação

Nome Empresarial

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA 84454172315

Nome do Empresário

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA

Nome Fantasia

MARCILIO ASSESSORIAS

Capital Social

30.000,00

Nº da Identidade Órgão Emissor UF Emissor CPP

98025012283 SSP CE 844.541.723-15

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente Data de Início da Situação Cadastral Vigente

ATIVO 05/01/2012

Números de Registro

CNPJ NIRE

14.832.388/0001-00 23-8-0047499-5

Endereço Comercial

CEP Logradouro Número

62870-000 RUA GUARANY 703

Bairro

CENTRO

Município UF

PACAJUS CE

Atividades

Data de Início de Atividades

05/01/2012

Código da Atividade Principal Descrição da Atividade Principal

82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação da sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.gov.br/>
Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM.

ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

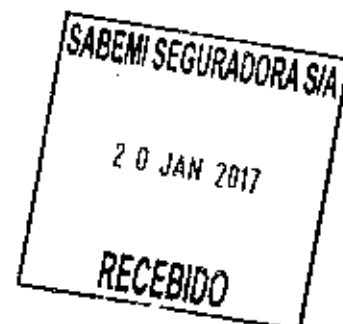
Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico

<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp>

Número do Recibo:	ME87900421
Número do Identificador:	14832388000100

Data de Emissão:

15/12/2016





749001404

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA

CPF: 844.541.723-15 DATA NASCIMENTO: 12/08/1981

ENDEREÇO: OSMAR ANGELO DE LIMA
TEREZINHA VITORINO DA SILVA LIMA

DATA EMISSÃO: 09/05/2018

DATA VENCIMENTO: 08/06/2008

SENA OBSERVAÇÃO:

749001404

LOCAL: FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 13/05/2013

44721706560

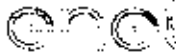
CM135586560

SABEMI SEGURODORA S/A

20 JAN 2017

RECEBIDO

OUTROS

Coelce
agora é

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **453528296**
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 160 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a sua conta de
NOV/2016

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4451403 DV **4**

VENCIMENTO
21/11/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)
86,16

DESCRIÇÃO DA CONTA

**ENERGIA
 CONSUMO**

Rota 07 020030 10 0168000 Medidor 1301595 Poste 0000 0
 Nome FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU CELSO NOGUEIRA 00786 CENTRO PACAJUS 62870000

RG / CPF / CNPJ 698.870.393-49

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 691 Leitura Anterior 585 Constante 1 Consumo (kWh) 106 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 106

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

106 0,71851 76,16

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
 Apresentação

Prev. Próxima
 Leitura

12/11/2016

14/12/2016

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EB7C.5C36.4127.1F20.7B52.AF42.235D.D485

ICMS

Base do Cálculo (R\$) 76,16 Aliquota 27% Valor do Imposto 20,56

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

1,71

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

8,29

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$0,97.)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 32,97
 TRANSMISSÃO 0,82
 DISTRIBUIÇÃO 11,49
 ENCARGOS SETORIAIS 5,77
 TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 25,11

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensada kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

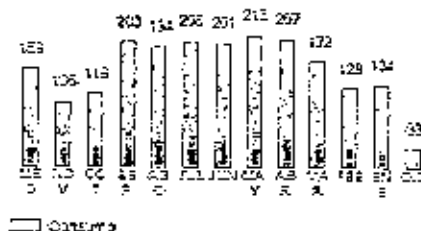
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,52

Conjunto PACAJUS

Mês SET/ 2016

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,2	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

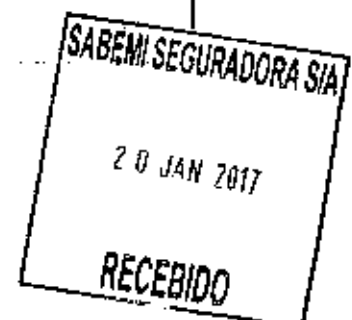
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4451403-4** Nº da Nota Fiscal: **453528296** Total a Pagar (R\$): **86,16**
 Data de Emissão: **05/12/2016** Referência: **NOV/2016** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170055148 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA **Data do acidente:** 08/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: laceração em mid + escoriações

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004760

Cidade: Pacajus

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Data do acidente: 08/10/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO

Resultados terapêuticos: LESÃO LIGAMENTAR COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO JOELHO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO



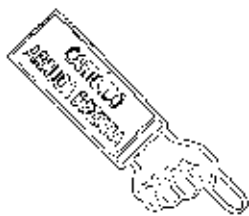
OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA, brasileiro, casado, empresário, portador do CNH: 04588913575 e CPF/MF: 026.168.543-09, Residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, Nº 786, Bairro: Centro-Pacajus-CE, no estado do Ceará, CEP: 62870-000 Telefones (85) 8776-7188 (85) 9193-1375 (85) 8824-7477.

OUTORGADO: FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA, CNPJ: CPF: 14.832.388/0001-00, Com Endereço profissional na Rua Guarani, Nº 703, Bairro: Centro, na cidade de Pacajus no estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder do DPVAT e a Susep.

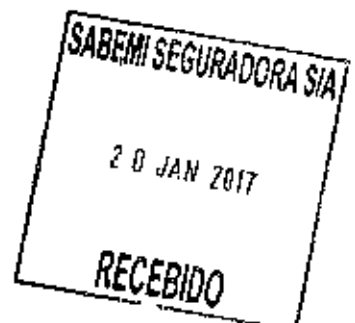
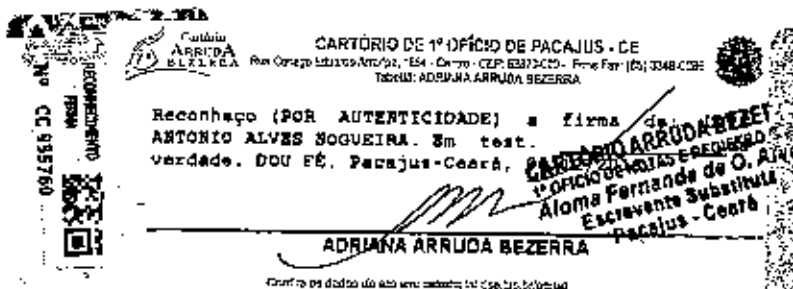
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pacajus-CE, 06 de Dezembro de 2016.



Luis Antonio Alves Nogueira

OUTORGANTE



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO DE PACAJUS - CE
 Rua Dr. Ezequiel Araújo, 145 - Centro - CEP: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3343-0335
 TDD 12 AUSENTE AUSENTE BEZERRA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, em test. da verdade. DOU P.R. Pacajus-Ceará, 17/02/2017.

ADRIANA ARRUDA BEZERRA
 Legitimada F. em Racha Rod. Federal

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
 Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO, Profissão: RECLUSO, RG
 Nº 2000015047041, CPF/MF: nº 026.168.543.09, residente e
 domiciliado(a), Rua: CELSO NOGUEIRA,
 nº 00786, Complemento: CASA, Bairro: CENTRO,
 Cidade: PACAJUS CEARA, Estado: RS CEP: 62870 - 000.

OUTORGADO: ITALA MARIA SOCORRO LIMA, brasileiro(a),
 Estado Civil: SOLTEIRA, Profissão: RECUSOU
 CPF: 359.005.043.87, Endereço CEL CICERO NOGUEIRA
nº 00356 complemento CASA, B
 airro: CENTRO CEP: 62870 - 000 Cidade: PACAJUS, Estado do RS.
 Fone: (85) 3348-3717 e 85 9926-8805
 E-MAIL:

PODERES: Concede amplos poderes para: montar e enviar seu processo de dpvat, podendo o mesmo, assinar, preencher formulários, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone. Ter acesso a todo o processo administrativo, acompanhar o andamento, contestar exigências junto a **SEGURADORA LIDERE a SUSEP (Superintendência dos Seguros Privados)**, quando for o caso. E da mesma forma, retirar junto aos órgãos públicos documentos pertencentes ao outorgante, tais como Policia Civil, Policia Militar, Policia Rod. Federal, Policia Rod. Estadual, Bombeiros, Hospitais, Clinicas, Samu e outros que se façam necessário para o bom andamento do processo. Desde já fico ciente que não irei procurar outros, que tenha a mesma finalidade, do objeto da procuração.

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 18 DEZ. 2017
 ENTRADA

PACAJUS, 11 de FEVEREIRO de 20 17.



Luis Antonio Alves Nogueira

OUTORGANTE