



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Juazeiro do Norte
Processo:	00664610820168060112
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	24/05/2021 15:43:02

Partes

Solicitante:	Seguradora Lider dos Consortios do Seguro Dpvat
--------------	--

Documentos

Petição:	2763689_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2763689_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-27.pdf
Procuração/Substabeleciment o:	SUBSTABELECIMENTO_SU PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO NONATO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000070895-6

Nr. da Autenticação B9CFF944228EE1E8

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160463461

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO NONATO VIEIRA

Data do acidente: 30/06/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO FACIAL COM FRATURA DE OSSO FRONTAL E OSSOS DA FACE.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA CRANIO FACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO, ALTA MEDICA. EVOLUÇÃO COM CEFALÉIA POS TRAUMÁTICA E DEFICIT DE MEMÓRIA, DEFORMIDADE E PARESTESIA NA FACE.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GABRIELA GRACA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9458750

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vitima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9496694

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vitima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9654268

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vítima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2016

Carta nº: 9765907

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vítima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

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: **CICERO NONATO VIEIRA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **0000032**

Conta: **0000070895-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

100%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160463461 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CICERO NONATO VIEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **VILA CHA nº 401 - ST LEITE - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20077872465 - SSP**
Data local do exame: **16/09/2016 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRANIO FACIAL COM FRATURA DE OSSO FRONTAL E OSSOS DA FACE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO, ALTA MEDICA. EVOLUÇÃO COM CEFALÉIA POS TRAUMÁTICA E DEFICIT DE MEMÓRIA, DEFORMIDADE E PARESTESIA NA FACE.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA CRANIO FACIAL LEVE.

IV. 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(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 16/09/2016

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM: 52.66379-4


Gabriela Graca Suares Pinto
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

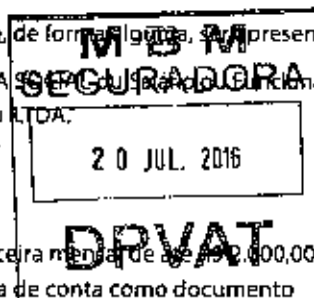
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cícero Norato Vieira
PORTADOR(A) DO RG Nº 20077872465 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/12/14 E
CPF 519633903-68 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cícero Norato Vieira, 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 ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA Social ou Salário e Benefício.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 70895-6

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.

f. do Norte - CE 14 de julho de 2016 x Cícero Norato Vieira

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.



DV-9





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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10719 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2016 11:19:06**
Data / Hora da Ocorrência: **30/06/2016 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO POPO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto da Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO NONATO VIEIRA**
Nascimento: **12/12/1974** CPF: **519.635.903-68** UF: **CE**
RG: **20077872465** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA**
RAIMUNDO NONATO VIEIRA
Endereço: **VILA CHA, 401 SÍTIO LEITE** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI4625 UE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9CZJD17101R005419 Renavam: **760087462** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível:
GASOLINA Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante **QUE NÃO É HABILITADO** e conduzia a motocicleta, acima identificado, após ter ingerido bebida alcoólica, tendo colidido com outra Motocicleta, vindo a sofrer Trauma Cranioencefálico, e algumas escoriações, sido socorrido pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ CRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404985-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Cicero Nonato Vieira*

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133879-1-3

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

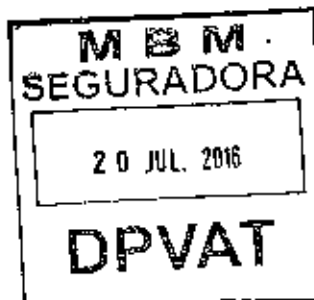
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL.

Conferi e autentico de acordo com o Art. 7º da Lei 8.935/94. DOU FÉ.

CRATO-CE, 12/07/2016

TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Tabelião
MARCELINO FARIAS DE LAVOR - Escrivão
EUCLEDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivão
MARIA LUCIANA DE SOUZA - Escrivão
INGRID KISHARA FERREIRA COPEL - Escrivão

Rua Tristão Gonçalves, 280, Centro, Crato-CE - CEP: 61.100-100 Fone: 3521-6190



DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Biceno Renato Vieira, portador da carteira de identidade nº 2007787246-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 519.635.903-68, residente e domiciliado na Vila Cha, 401 - Sítio Leite, Cidade Quazeiro 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
- (☒) 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.

Biceno Renato Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Quazeiro do Norte - CE. 14/07/16

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

*comprovação do
ato declaratório*

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO NONATO VIEIRA Prontuário: 117895 Admissão: 30/06/2016
Data Nasc.: 12/12/1974 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 92414069
Mãe: FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA
Sexo: Masculino RG: 20077872465 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: RURAL
Endereço: SÍTIO POPO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário: 17:03
Queixa: paciente vítima de acidente de moto, colisão moto-moto, afirma uso de bebida alcoólica, refere cefaleia intensa e
apresenta hematoma e edema em olho d
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: 88 Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES CRM: 15536 Nº 330266 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM
ACIDENTES DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA
PERIORBITÁRIO DIREITO, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, HÁ MAIS OU MENOS 3H. REFERINDO CEFALÉIA
INTENSA, E VERTIGEM
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/06/2016 17:03:00	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

Nome	MBM SEGURADORA	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)		30/06/201 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)		30/06/201 20:21	Não	Realizado
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	20 JUL. 2016	30/06/201 17:35	Não	Realizado

DPVAT



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
30/06/2016 00:00	CINTHYA PINTO SILVA	PACIENTE RELATA SER VITÍMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOFRENDO TRAUMA EM REGIÃO DE TERÇO SUPERIOR E MÉDIO DA FACE. RELATA PERDA DA CONSCIÊNCIA, RELATA ALTERAÇÃO VISUAL, RELATA PARESTESIA, RELATA DIFICULDADE RESPIRATORIA, RELATA DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL. NEGA EMESE, NEGA EPISTAXE, NEGA ALTERAÇÃO OCLUSAL. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITÁRIA A DIREITA. AO EXAME TOMOGRÁFICO DO CRÂNIO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. HD: FRATURA DE FRONTAL + FRATURA ORBITO-ZIGOMÁTICO. CD: 1-AGUARDAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO E ALTAS DA DEMAIS ESPECIALIDADES, POSTERIORMENTE AGENDAMENTO CIRURGIA ELETIVA PELA BUCOMAXILO; 2-VIDE
01/07/2016 00:00	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	ctbmf PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HÁ CERCA DE 20 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, NO MOMENTO : CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO. AO EXAME FACIAL: HEMATOMA/EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA COM OCLUSÃO PALPEBRAL. MAXILA E MANDÍBULA FIXOS À PALPAÇÃO. AO EXAME TOMOGRÁFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTAÇÕES + PRESCRIÇÃO + RETORNO AMBULATORIAL CTBMF + ALTA CTBMF AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



Nº DO CLIENTE
6939063-0

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

cosafce

Para efetuar sua contratação, utilize o nº de
serviço que aparece no cartão de crédito.

Rua Pacheco Valdeavila, 150
CEP 60135-040 - PALMEIRA CE
CNPJ: 07.047.751/0001-50 CEF: 08.105.245-7

Born 38 13808 50 191588 - 1 Data de Emissão 24/06/2016

Nome CICERO NONATO VIEIRA

End. Postal VL CHA 00401

ST LEITE - JUAZEIRO DO NORTE - 63010970

Medidor 2732127

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CNPJ/CPF 519633903-69

CPF

Nome do Responsável

INFORMAÇÕES DE VALIDADE DO FORMULÁRIO
Válida para leitura deste cartão
Conjunta Por/2016 Data 5.55
Mês 01/01/2016

Base da Cálculo (R\$)			Padrão Individual		Apagando Individual		Valor (R\$)
Aluguel	Aluguel	Valor da prestação	Mês	Valor	Mês	Valor	
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00

Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00

VALOR CONSUMO DO MÊS 13,79
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO 13,79

VENCIMENTO 01/08/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 13,79

Resumo do Valor da Prestação	
Preço	13,79
Desconto	0,00
Distribuição	0,00
Preços de Serviços	0,00
Tributos (ICMS, IPTU, etc.)	0,00
TOTAL	13,79

Histórico de Consumo											
12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01
12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01

M B M
SEGURODORA
20 JUL. 2016
DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIMAR ALVES DA SILVA

RG nº CNH: 04478362669, data de expedição 26/11/14, Órgão DETRAN-CE,

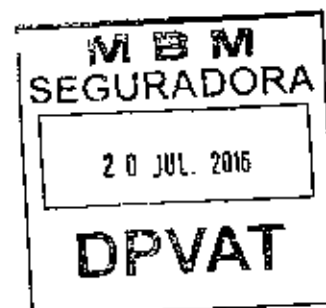
CPF nº 018.829.993-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	VILA PADRE CICERO
Número	473
Apto / Complemento	
Bairro	DISTRITO BELA VISTA
Cidade	CRATO
Estado	CEARÁ
CEP	63139-500
Telefone de Contato	(88) 3572-0398 / (88) 99779-2255
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crato - CE 15/07/16

Assinatura do Declarante: Edimar Alves da Silva



Nº DO CLIENTE
724626-9

Para qualquer atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco

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

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Grupo 0401

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

Rota 03 11006 31 151500 - 2 Data de Emissão 06/07/2016

Nome MARIA DO SOCORRO DA SILVA SOUSA

End. Postal VL PDE CICERO 00473

DISTRITO BELA VISTA - CRATO - 63100000

Medidor 2707147

Poste 0000 C095

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 889598993-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês em Referência	Data da Apresentação	Projeção Próxima Letura
Jul/2016	06/07/2016	05/08/2016

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	CR410
Mês	Ma/2016
	EURO 57,27

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
154,67	27,00%	41,81

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC 7,59	15,19	30,37	0,00	0,00	0,00
DMIC 5,68			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

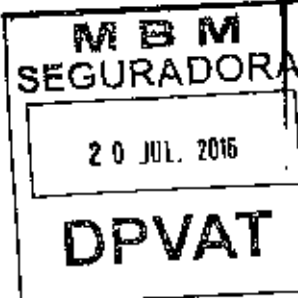
705B.958D.0E53.342B.2B70.9B0C.450C.A513

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Ext.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22036	08171	1,00	225	0,00	24	0,24631	7,27
					70	0,41354	26,91
					115	0,51950	14,33
					5	0,60000	0,94
06/07/16	06/06/16		30 DIAS		105		113,31

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	113,91
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,06
MULTA MORATORIA REF 06/2016	3,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,62
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,12



13/07/2016	143,89
DAMPONICAO DO VALOR DE CONSUMO	HISTORICO DE CONSUMO (últimas 12 meses)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS,
RG nº 1.375.686, data de expedição 25/09/1992
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 939.906.784-15, com
domicílio na cidade de SUAZUIRO, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO POPO, nº 51,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima * ELERO RONALDO VIANA cujo o condutor era
* ELERO RONALDO VIANA.

Veículo: motocicleta

Modelo: XL R 125

Ano: 2001

Placa: HWI 4625

Chassi: 9C21017103R005419

Data do Acidente: 30/06/16

Local e Data: Crato-CE 12/07/16

Cartório 5º Ofício
CRATO-CE

Maria Elisabete Severo dos Santos
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de.

MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS

XX

XX

XX

TEÓFILO ANTÔNIO CORREIA RODRIGUES - Tabelião

MARCELINO FARIAS DE LIMA - Escrivão

EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivão

MARIA LUSVALGA DE LIMA - Escrivão

MORIS MÁXIMA FERREIRA LOPES - Escrivão

Rua Tristão Gonçalves, 298, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100. Fone: 3521-8190

CRATO-CE: 12/07/2016

M B M
SEGURADORA

20 JUL. 2016

DPVAT



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO NONATO VIEIRA Prontuário: 117895 Admissão: 30/06/2016
Data Nasc.: 12/12/1974 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 92414069
Mãe: FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA
Sexo: Masculino RG: 20077872465 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: RURAL
Endereço: SÍTIO POPO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário: 17:03
Queixa: paciente vítima de acidente de moto, colisão moto-moto, afirma uso de bebida alcoólica, refere cefaleia intensa e apresenta hematoma e edema em olho d
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: 88 Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES CRM: 15536 Nº 330266 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA PERIORBITÁRIO DIREITO, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, HÁ MAIS OU MENOS 3H. REFERINDO CEFALÉIA INTENSA, E VERTIGEM
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/06/2016 17:03:00	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

MBM
SEGURADORA

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	30/06/201 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/06/201 20:21	Não	Realizado
RX MAO D AP/OBLÍQUO (0204040094) AMB	30/06/201 17:35	Não	Realizado

DPVAT



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
30/06/2016 00:00	CINTHYA PINTO SILVA	PACIENTE RELATA SER VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOFRENDO TRAUMA EM REGIÃO DE TERÇO SUPERIOR E MEDIO DA FACE. RELATA PERDA DA CONSCIENCIA, RELATA ALTERAÇÃO VISUAL, RELATA PARESTESIA, RELATA DIFICULDADE RESPIRATORIA, RELATA DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL. NEGA EMESE, NEGA EPISTAXE, NEGA ALTERAÇÃO OCLUSAL. AO EXAME FISICO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITARIA A DIREITA. AO EXAME TOMOGRAFICO DO CRANIO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. HD: FRATURA DE FRONTAL+FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO. CD: 1-AGUARDAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLINICO E ALTAS DA DEMAIS ESPECIALIDADES, POSTERIORMENTE AGENDAMENTO CIRURGIA ELETIVA PELA BUCOMAXILO; 2-VIDE
01/07/2016 00:00	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	ctbmf PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HA CERCA DE 20 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NO MOMENTO : CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO. AO EXAME FACIAL: HEMATOMA/EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA COM OCLUSAO PALPEBRAL , MAXILA E MANDIBULA FIXOS A PALPACAO. AO EXAME TOMOGRAFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTACOES + PRESCRICAO + RETORNO AMBULATORIAL CTBMF + ALTA CTBMF AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Aferido pelo Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas
que cicero Norberto viçoso
sopreu as fraturas de maxila no
dia 30/06/2016 que resultou
em transtorno no crescimento
da maxila superior e inferior
e confusão da maxila
e da inferior. Receber tratamento
cirúrgico adequado com o uso
definitivo de placas e parafusos
para a correção da maxila e do
mandíbula (limitação de 30% no
abertura da boca e 30% das
movimentações da mão direita).

16/08/2016

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

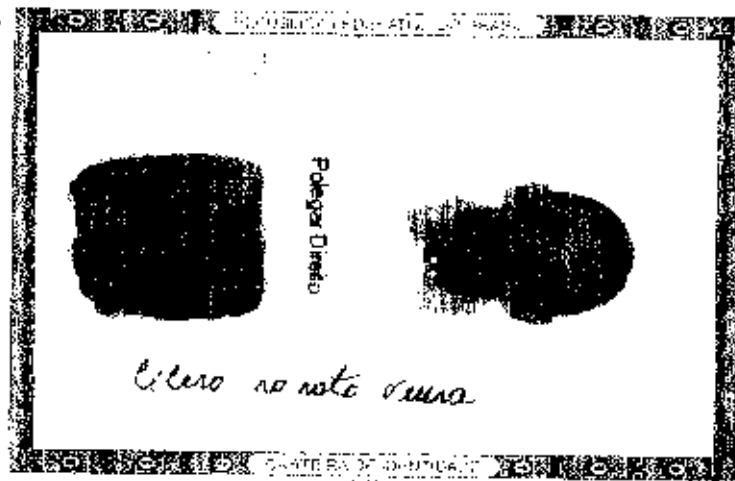
(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332

M B M
SEGURADORA

23 AGO. 2016

DPVAT

Documento em nome de Cícero



RECEITA: 2087767244-5 DATA DE EMISSÃO: 05/12/2014

Nome: CÍCERO MONATO VIEIRA

Filhos: RAIMUNDO MONATO VIEIRA, FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA

Estado: CE DATA DE EMISSÃO: 12/12/1974

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: PARQUE CÍCERO TENRO 4.841 FOLHAS: 84

LIVRO: 8-18 MAZEIRO DO NORTE - CE

519.635.903-68

RG: ANT: 178008972

P: 199

M B M
SEGURODORA

20 JUL 2016

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **519.635.903-68**

Nome da Pessoa Física: **CICERO NONATO VIEIRA**

Data de Nascimento: **12/12/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/02/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:07:16** do dia **14/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **767C.1454.423A.B0F1**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **EDIMAR ALVES DA SILVA**

DOCUMENTO / REGISTRO DE
 2003034078312 SEPOS CR

CPF: **018.829.993-98** Data de Nascimento: **30/10/1987**

Função: **ANTONIO FORTUNATO SILVA**
FRANCINIDE ALVES DA SILVA

Sexo: **M** APC: **X** CALHA: **X**

Placa: **04478362659** Validade: **19/11/2019** 1ª Emissão: **20/09/2008**

Observação:

Edimar Alves da Silva

Local: **JUAZEIRO DO NORTE, CE** Data de Emissão: **26/11/2014**

(assinatura) 01187780776
 08144773520

951278140





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **018.829.993-98**

Nome da Pessoa Física: **EDIMAR ALVES DA SILVA**

Data de Nascimento: **30/10/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/03/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:09:43** do dia **15/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **3515.0CDF.333C.1BF5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





4.1. Introduction

IP: 193.50.135.74

146524A ENGLISH 751 SUMMER 1975 GASTRO
二、食物中毒與腸胃病及急慢性中毒之治療法
三、食物中毒與腸胃病及急慢性中毒之預防法
146524B ENGLISH 751 SUMMER 1975 GASTRO

電話 464213 / 4113

90230117101R005619

1965 (MAY) TEL. 02000 0191 234 5678 9101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899000102103104105106107108109110111112113114115116117118119120121122123124125126127128129130131132133134135136137138139140141142143144145146147148149150151152153154155156157158159160161162163164165166167168169170171172173174175176177178179180181182183184185186187188189190191192193194195196197198199200201202203204205206207208209210211212213214215216217218219220221222223224225226227228229230231232233234235236237238239240241242243244245246247248249250251252253254255256257258259260261262263264265266267268269270271272273274275276277278279280281282283284285286287288289290291292293294295296297298299300301302303304305306307308309310311312313314315316317318319320321322323324325326327328329330331332333334335336337338339340341342343344345346347348349350351352353354355356357358359360361362363364365366367368369370371372373374375376377378379380381382383384385386387388389390391392393394395396397398399400401402403404405406407408409410411412413414415416417418419420421422423424425426427428429430431432433434435436437438439440441442443444445446447448449450451452453454455456457458459460461462463464465466467468469470471472473474475476477478479480481482483484485486487488489490491492493494495496497498499500501502503504505506507508509510511512513514515516517518519520521522523524525526527528529530531532533534535536537538539540541542543544545546547548549550551552553554555556557558559560561562563564565566567568569570571572573574575576577578579580581582583584585586587588589590591592593594595596597598599600601602603604605606607608609610611612613614615616617618619620621622623624625626627628629630631632633634635636637638639640641642643644645646647648649650651652653654655656657658659660661662663664665666667668669670671672673674675676677678679680681682683684685686687688689690691692693694695696697698699700701702703704705706707708709710711712713714715716717718719720721722723724725726727728729730731732733734735736737738739740741742743744745746747748749750751752753754755756757758759760761762763764765766767768769770771772773774775776777778779780781782783784785786787788789790791792793794795796797798799800801802803804805806807808809810811812813814815816817818819820821822823824825826827828829830831832833834835836837838839840841842843844845846847848849850851852853854855856857858859860861862863864865866867868869870871872873874875876877878879880881882883884885886887888889890891892893894895896897898899900901902903904905906907908909910911912913914915916917918919920921922923924925926927928929930931932933934935936937938939940941942943944945946947948949950951952953954955956957958959960961962963964965966967968969970971972973974975976977978979980981982983984985986987988989990991992993994995996997998999100010011002100310041005100610071008100910101011101210131014101510161017101810191020102110221023102410251026102710281029103010311032103310341035103610371038103910401041104210431044104510461047104810491050105110521053105410551056105710581059106010611062106310641065106610671068106910701071107210731074107510761077107810791080108110821083108410851086108710881089109010911092109310941095109610971098109911001101110211031104110511061107110811091110111111121113111411151116111711181119112011211122112311241125112611271128112911301131113211331134113511361137113811391140114111421143114411451146114711481149115011511152115311541155115611571158115911601161116211631164116511661167116811691170117111721173117411751176117711781179118011811182118311841185118611871188118911901191119211931194119511961197119811991200120112021203120412051206120712081209121012111212121312141215121612171218121912201221122212231224122512261227122812291230123112321233123412351236123712381239124012411242124312441245124612471248124912501251125212531254125512561257125812591260126112621263126412651266126712681269127012711272127312741275127612771278127912801281128212831284128512861287128812891290129112921293129412951

1005 10X 1005

25. 0000/124000

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

三 市 場 經 濟 體 制 的 建 立 與 完 善
 四 經 濟 法 制 的 建 立 與 完 善
 五 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善
 六 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善
 七 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善
 八 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善
 九 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善
 十 經 濟 體 制 的 改 革 與 完 善

1004 1008 1012 1016 1020 1024 1028 1032 1036 1040 1044 1048 1052 1056 1060 1064 1068 1072 1076 1080 1084 1088 1092 1096 1100 1104 1108 1112 1116 1120 1124 1128 1132 1136 1140 1144 1148 1152 1156 1160 1164 1168 1172 1176 1180 1184 1188 1192 1196 1200 1204 1208 1212 1216 1220 1224 1228 1232 1236 1240 1244 1248 1252 1256 1260 1264 1268 1272 1276 1280 1284 1288 1292 1296 1300 1304 1308 1312 1316 1320 1324 1328 1332 1336 1340 1344 1348 1352 1356 1360 1364 1368 1372 1376 1380 1384 1388 1392 1396 1400 1404 1408 1412 1416 1420 1424 1428 1432 1436 1440 1444 1448 1452 1456 1460 1464 1468 1472 1476 1480 1484 1488 1492 1496 1500 1504 1508 1512 1516 1520 1524 1528 1532 1536 1540 1544 1548 1552 1556 1560 1564 1568 1572 1576 1580 1584 1588 1592 1596 1600 1604 1608 1612 1616 1620 1624 1628 1632 1636 1640 1644 1648 1652 1656 1660 1664 1668 1672 1676 1680 1684 1688 1692 1696 1700 1704 1708 1712 1716 1720 1724 1728 1732 1736 1740 1744 1748 1752 1756 1760 1764 1768 1772 1776 1780 1784 1788 1792 1796 1800 1804 1808 1812 1816 1820 1824 1828 1832 1836 1840 1844 1848 1852 1856 1860 1864 1868 1872 1876 1880 1884 1888 1892 1896 1900 1904 1908 1912 1916 1920 1924 1928 1932 1936 1940 1944 1948 1952 1956 1960 1964 1968 1972 1976 1980 1984 1988 1992 1996 2000 2004 2008 2012 2016 2020 2024 2028 2032 2036 2040 2044 2048 2052 2056 2060 2064 2068 2072 2076 2080 2084 2088 2092 2096 2100 2104 2108 2112 2116 2120 2124 2128 2132 2136 2140 2144 2148 2152 2156 2160 2164 2168 2172 2176 2180 2184 2188 2192 2196 2200 2204 2208 2212 2216 2220 2224 2228 2232 2236 2240 2244 2248 2252 2256 2260 2264 2268 2272 2276 2280 2284 2288 2292 2296 2300 2304 2308 2312 2316 2320 2324 2328 2332 2336 2340 2344 2348 2352 2356 2360 2364 2368 2372 2376 2380 2384 2388 2392 2396 2400 2404 2408 2412 2416 2420 2424 2428 2432 2436 2440 2444 2448 2452 2456 2460 2464 2468 2472 2476 2480 2484 2488 2492 2496 2500 2504 2508 2512 2516 2520 2524 2528 2532 2536 2540 2544 2548 2552 2556 2560 2564 2568 2572 2576 2580 2584 2588 2592 2596 2600 2604 2608 2612 2616 2620 2624 2628 2632 2636 2640 2644 2648 2652 2656 2660 2664 2668 2672 2676 2680 2684 2688 2692 2696 2700 2704 2708 2712 2716 2720 2724 2728 2732 2736 2740 2744 2748 2752 2756 2760 2764 2768 2772 2776 2780 2784 2788 2792 2796 2800 2804 2808 2812 2816 2820 2824 2828 2832 2836 2840 2844 2848 2852 2856 2860 2864 2868 2872 2876 2880 2884 2888 2892 2896 2900 2904 2908 2912 2916 2920 2924 2928 2932 2936 2940 2944 2948 2952 2956 2960 2964 2968 2972 2976 2980 2984 2988 2992 2996 3000 3004 3008 3012 3016 3020 3024 3028 3032 3036 3040 3044 3048 3052 3056 3060 3064 3068 3072 3076 3080 3084 3088 3092 3096 3100 3104 3108 3112 3116 3120 3124 3128 3132 3136 3140 3144 3148 3152 3156 3160 3164 3168 3172 3176 3180 3184 3188 3192 3196 3200 3204 3208 3212 3216 3220 3224 3228 3232 3236 3240 3244 3248 3252 3256 3260 3264 3268 3272 3276 3280 3284 3288 3292 3296 3300 3304 3308 3312 3316 3320 3324 3328 3332 3336 3340 3344 3348 3352 3356 3360 3364 3368 3372 3376 3380 3384 3388 3392 3396 3400 3404 3408 3412 3416 3420 3424 3428 3432 3436 3440 3444 3448 3452 3456 3460 3464 3468 3472 3476 3480 3484 3488 3492 3496 3500 3504 3508 3512 3516 3520 3524 3528 3532 3536 3540 3544 3548 3552 3556 3560 3564 3568 3572 3576 3580 3584 3588 3592 3596 3600 3604 3608 3612 3616 3620 3624 3628 3632 3636 3640 3644 3648 3652 3656 3660 3664 3668 3672 3676 3680 3684 3688 3692 3696 3700 3704 3708 3712 3716 3720 3724 3728 3732 3736 3740 3744 3748 3752 3756 3760 3764 3768 3772 3776 3780 3784 3788 3792 3796 3800 3804 3808 3812 3816 3820 3824 3828 3832 3836 3840 3844 3848 3852 3856 3860 3864 3868 3872 3876 3880 3884 3888 3892 3896 3900 3904 3908 3912 3916 3920 3924 3928 3932 3936 3940 3944 3948 3952 3956 3960 3964 3968 3972 3976 3980 3984 3988 3992 3996 4000 4004 4008 4012 4016 4020 4024 4028 4032 4036 4040 4044 4048 4052 4056 4060 4064 4068 4072 4076 4080 4084 4088 4092 4096 4100 4104 4108 4112 4116 4120 4124 4128 4132 4136 4140 4144 4148 4152 4156 4160 4164 4168 4172 4176 4180 4184 4188 4192 4196 4200 4204 4208 4212 4216 4220 4224 4228 4232 4236 4240 4244 4248 4252 4256 4260 4264 4268 4272 4276

100

SECRET

DPVAT

CHAVE 011512207605 MILHETE DO SEGUNDO DECAT

[illegible]

2015 26/05/2015

Q. 17-00000-14415

100780887442 HENDERLY 128

2001 972017101*005429

PREMIO TATFANO

129, 132	14, 34	143, 148
----------	--------	----------

4.10	1.10	292.61
------	------	--------

0000	CASA BRISA		PORRADO	23/06/2018
------	------------	--	---------	------------

SECRET/NOFORN LIBS - EGPAT

... ..

... ..



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cicero Renato Vieira, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 20077872465, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 519.635.903-68, residente no(a) VL. Cha
nº 401, bairro: Sítio Leite, município: Guarazeiro do Norte CE.

OUTORGADO:

Nome: Edimar Alves da Silva, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Recuso, portador(a) do RG CM.044783626, órgão expedidor Detran
e do CPF: 018.829.993-98, residente no(a) Vila Padre Cicero
nº 473, bairro: Dr. Bela Vista, município: Crato 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 LÍDER 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 Cicero Renato Vieira

Local e data: Crato - CE - 15/07/16

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO
CRATO - CE

Cicero Renato Vieira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

CICERO RENATO VIEIRA

XX
XX
XX

TEÓFILO ANTÔNIO DOBRO RIBEIRO - Tabelião
MARCELO FARIAS DE LAVOR - Escrevente
EULIDES BORGES DE OLIVEIRA - Escrevente
MARIA LUCIVALDO DE LIMA - Escrevente
INORIO IASHARA FERREIRA LOPES - Escrevente
Rua Fritão Gonçalves, 290, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100, Fone: 3521-6180

CRATO-CE 12/07/2016

