



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Rosiano Telo da Silva</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>94002409527</u>	CPF: <u>493.889.543-34</u>	
Endereço: <u>Rua 08 nº 190</u>		CEP: <u>60.761-320</u>
Cidade: <u>Fortaleza-Ce</u>		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, CEP: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais, demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar, retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 19 de fevereiro de 20 19.

Rosiano Telo da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Daxiano Felix da Silva, residente e
domiciliado na Dux 08, nº 190,
bairro: -, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 94002469527, inscrito(a) no CPF nº 793.889.573-34
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 12 de fevereiro de 20 19.

Daxiano Felix da Silva
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Raimundo Telus da Silva Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 19 de fevereiro 2019

Raimundo Telus da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosário Telles da Silva, brasi
leiro(a), solteira, autônoma, portador(a) de cédula
de identidade nº. 94002469527, inscrito(a) no CPF sob o
nº 793.889.573-34, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Dur. 08, nº 190,
Bairro -, CEP: - /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 19 de fevereiro 20 19.

Rosário T. da Silva

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº: _____

CPF Nº: _____

2. _____

RG Nº _____

CPF Nº _____

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 7248 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **17/10/2016 11:19:39**Data / Hora da Ocorrência: **03/04/2016 17:40:00**Endereço da Ocorrência: **RUA GERMANO FRANK , 1005**

Complemento:

Bairro: **PARANGABA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX AO SUPERMERCADO ASSAI****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ROSIANO TELES DA SILVA**Nascimento: **10/10/1974** CPF: **793.889.573-34**RG: **94002469527**Orgão Emissor: **SSP-CE**

UF:

Filiação: **SELMA TELES DA SILVA****ALCEBIADES ALVES DA SILVA**Endereço: **RUA 8, 190**Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**

CEP:

Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98879-7092****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCK8485** Uf: **CE** Município: **ITAITINGA** Chassi: **9BD195102C0221886**
Renavam: **338688196** Tipo do Veículo: **AUTOMOVE** Marca / Modelo: **FIAT/UNO**
VIVACE 1.0 Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL Cor: **AMARELO** Proprietário: **KARINA DE FREITAS PRADO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PMD9849** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550ER114980**
Renavam: **1027532630** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo:
HONDA/NXR150 BROS ES Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL Cor: **PRETA** Proprietário: **CINTIA MARIA SERAFIM CARVALHO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMD-9849-CE ; QUE TRAFEGAVA PELA RUA GERMANO FRANK; QUE, UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS OCK-8485, QUE AO SAIR DE UM POSTO DE GASOLINA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, EFETUOU UM RETORNO PROIBIDO OCASIONANDO A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 20

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 7248 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Raíza T. da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSIANO TELES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR UF
 94002469527 SSPDS CE

CPF
 793.889.573-34

DATA NASCIMENTO
 10/10/1974

FRMÇÃO
 ALCEBIADES ALVES DA SILVA
 SELMA TELES DA SILVA

PERMISSÃO
 [] [] []

ACC
 [] [] []

CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 00575423930

VALIDADE
 05/09/2021

1ª EMISSÃO
 13/04/1999

Observações
 A

Rosiano T. da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 08/09/2016

Isor Vascócelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

66830656561
 CE155300776

DETRAN - CE (CETRA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1351454529

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1351454529



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 09/09/2016 8:19:36

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 03/04/2016 19:03:38	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 701406643038633		NOME: ROSIANO TELES DA SILVA		Registro: 5436661	
CPF:		RG:	D. NASC: 10/10/1974	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SELMA TELES DA SILVA			NOME DO PAI: ALCEBIADES ALVES DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: ARAPIPE MACEDO		Nº: 756	BAIRRO: JOAO XXIII
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO: 32942173	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60525562
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 86 CONDUTOR EDVALDO		PARENTESCO: ANTONIO CARLOS/AMIGO		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: fx exposta em pe D, nega lce, luxação em ombro D					
OBSERVAÇÕES: feridas, fx exposta					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Area Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5436661

NOME: ROSIANO TELES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1974

PAI: ALCEBIADES ALVES DA SILVA

MÃE: SELMA TELES DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 03/04/2016

DATA SAÍDA: 05/04/2016

MOTIVO: O PACIENTE ROSIANO TELES DA SILVA, 41 ANOS, DEU ENTRADA, NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 03.04.2016, COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

NO MOMENTO DA ADMISSÃO, APRESENTAVA FRATURA FECHADA DE OMBRO DIREITO, CLAVÍCULA ESQUERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA DE TORNOZELO DIREITO.

FOI SUBMETIDO A LAVAGEM E DESBRIDAMENTO DE TORNOZELO DIREITO, EM 03.04.2016. EVOLUIU ESTÁVEL E FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE APOIO, PARA CONTINUAR TRATAMENTO.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 02/09/2016 (ANANIAS/P).

Dr. João Antônio Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC 3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

IV. DETALHES DOS VEÍCULOS

Veículo 1	CK-8485 FIAT UNO VIVACE 1.0 DOIT AMARELO
Veículo 2	PMD-9849 HONDA NEX 600 BROS 2014 PRETA
Veículo 3	Data: 10 / 10 / 2014

8.8. TIPO	Vc. 1	Vc. 2	Vc. 3	Vc. 4
Bicicleta				
Coleteador				
Motociclista				
Automóvel				
Arrebitado				
Ônibus				
Taxi				
Camioneta				
Trator				
Tratlo animal				
Misto				
Com reboque				
Carminhãole				
Carminhão 2 eixos				
Carminhão 3 eixos				
Carminhão c/ semi-reboque				
Trator				
Tratlo animal				
Misto				
Com reboque				
8.7. ESPÉCIE	Vc. 1	Vc. 2	Vc. 3	Vc. 4
Passeiro				
Carga				
Misto				
Especial				
Competitivo				
Colégio				
8.6. CATEGORIA	Vc. 1	Vc. 2	Vc. 3	Vc. 4
Particular				
Atípico				
Oficial				
Repres. Estrangeira				
Aprendizagem				
Fabricante				
Experiência				
8.5. ALIQUOTEL	Vc. 1	Vc. 2	Vc. 3	Vc. 4
Não se aplica				
Alternativo				
Escolar				
Inetamento				
Moto-taxi				
Ônibus				
Taxi				
8.4. NÚMERO	Vc. 1	Vc. 2	Vc. 3	Vc. 4
Unidade				

9. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

a. 1. Nº REGISTRO CNH: 05359276459
 2. NOME: BRENO LIBEALINO DA
 Vítima 1: Condutor ☒ Pedestre ☐
 Vítima 2: Condutor ☐ Pedestre ☐
 Vítima 3: Condutor ☐ Pedestre ☐
 Vítima 4: Condutor ☐ Pedestre ☐
 Registro do veículo nº ☐

1.1. ENDEREÇO RESIDENCIAL: STILVA
R. JÚLIO DA SILVA
Nº 420, MONTEF
STILVA

9.4. TELEPHONE: 02047-1080
9.5. NASSINGMENTO: 20/03/1963
9.6. NASSINGMENTO: 20/03/1963
9.7. NASSINGMENTO: 20/03/1963

26. CATEGORIA: INSTRUTOR

27. PROFESION: SERVICIO PUBLICO

28. RESERVADO PARA: 1ST SAW

[illegible][illegible]

9.17. SITUAÇÃO DO CONDUTOR:		9.18. POSIÇÃO DO PASSAGEIRO FERIDO OU MORTO		10. TESTEMUNHAS	
Não exigível	☐	VB. 1	☐	VB. 1	☐
Não apresentou CNH	☐	VB. 2	☐	VB. 2	☐
	☐	VB. 3	☐	VB. 3	☐
	☐	VB. 4	☐	VB. 4	☐
	☐	VB. 5	☐	VB. 5	☐
	☐	VB. 6	☐	VB. 6	☐
	☐	VB. 7	☐	VB. 7	☐
	☐	VB. 8	☐	VB. 8	☐
	☐	VB. 9	☐	VB. 9	☐
	☐	VB. 10	☐	VB. 10	☐
	☐	VB. 11	☐	VB. 11	☐
	☐	VB. 12	☐	VB. 12	☐
	☐	VB. 13	☐	VB. 13	☐
	☐	VB. 14	☐	VB. 14	☐
	☐	VB. 15	☐	VB. 15	☐
	☐	VB. 16	☐	VB. 16	☐
	☐	VB. 17	☐	VB. 17	☐
	☐	VB. 18	☐	VB. 18	☐
	☐	VB. 19	☐	VB. 19	☐
	☐	VB. 20	☐	VB. 20	☐
	☐	VB. 21	☐	VB. 21	☐
	☐	VB. 22	☐	VB. 22	☐
	☐	VB. 23	☐	VB. 23	☐
	☐	VB. 24	☐	VB. 24	☐
	☐	VB. 25	☐	VB. 25	☐
	☐	VB. 26	☐	VB. 26	☐
	☐	VB. 27	☐	VB. 27	☐
	☐	VB. 28	☐	VB. 28	☐
	☐	VB. 29	☐	VB. 29	☐
	☐	VB. 30	☐	VB. 30	☐
	☐	VB. 31	☐	VB. 31	☐
	☐	VB. 32	☐	VB. 32	☐
	☐	VB. 33	☐	VB. 33	☐
	☐	VB. 34	☐	VB. 34	☐
	☐	VB. 35	☐	VB. 35	☐
	☐	VB. 36	☐	VB. 36	☐
	☐	VB. 37	☐	VB. 37	☐
	☐	VB. 38	☐	VB. 38	☐
	☐	VB. 39	☐	VB. 39	☐
	☐	VB. 40	☐	VB. 40	☐
	☐	VB. 41	☐	VB. 41	☐
	☐	VB. 42	☐	VB. 42	☐
	☐	VB. 43	☐	VB. 43	☐
	☐	VB. 44	☐	VB. 44	☐
	☐	VB. 45	☐	VB. 45	☐
	☐	VB. 46	☐	VB. 46	☐
	☐	VB. 47	☐	VB. 47	☐
	☐	VB. 48	☐	VB. 48	☐
	☐	VB. 49	☐	VB. 49	☐
	☐	VB. 50	☐	VB. 50	☐
	☐	VB. 51	☐	VB. 51	☐
	☐	VB. 52	☐	VB. 52	☐
	☐	VB. 53	☐	VB. 53	☐
	☐	VB. 54	☐	VB. 54	☐
	☐	VB. 55	☐	VB. 55	☐
	☐	VB. 56	☐	VB. 56	☐
	☐	VB. 57	☐	VB. 57	☐
	☐	VB. 58	☐	VB. 58	☐
	☐	VB. 59	☐	VB. 59	☐
	☐	VB. 60	☐	VB. 60	☐
	☐	VB. 61	☐	VB. 61	☐
	☐	VB. 62	☐	VB. 62	☐
	☐	VB. 63			

[illegible]

11. RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO E PREENCHIMENTO DO BO

11.1 NOME	Loureiro	MAT.	92423
ASSINATURA			
11.2 NOME	L. BAUBUELA	MAT.	
ASSINATURA			
11.3 NOME			
ASSINATURA			
TELEFONE:			

Os dados contidos neste documento tem fins estatísticos como fonte de informação de apoio para realização de trabalhos na área de educação de trânsito, orientação, operação e fiscalização.



Evolução Paciente

Paciente Rosiano Teles da Silva
 Data Nascto. 10/10/1974 41 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 87277895
 Leito 806 1

Atendimento 1.130.389
 Prontuário 86.865
 Dt. Entrada 08/04/2016 06:46:34
 Convênio IPM ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/04/2016 20:42	Enfermeiro	Evolução		Milena Maria Victor Evangelista	COREN 347445

Paciente: Rosiano Teles da Silva
 Enfermeiro(a): Milena Maria Moreira Victor

Evolução Noite

• Diagnóstico: PO de Umero e Pré de Clavícula

• Especialidade: Cirúrgico

Exame Físico

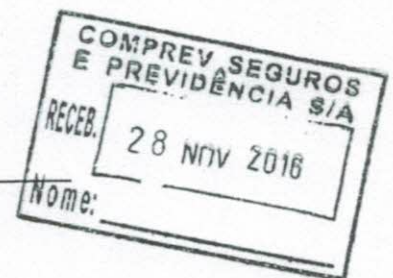
1. Neuro: Consciente, orientado, verbalizando;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardio;
4. Digestivo: Dieta VO;
5. Renal: Diurese espontânea;
6. Tegumentar: Fratura em clavícula e umero;
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos: Keflin D2;

Condutas/Intercorências

Pcte segue estável, com queixa de dor clavícula D no período e constipação à 10 dias. Mantendo curativo íntegro.
 Mantendo fixador externo em MID.
 Mantendo Isolamento de Contato.
 Segue aos cuidados de enfermagem.

Assinaturas

Milena Maria Moreira Victor



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente Rosiano Teles da Silva
 Data Nascto. 10/10/1974 41 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 87277895
 Leito 806 1

Atendimento 1.130.389
 Prontuário 86.865
 Dt. Entrada 08/04/2016 06:46:34
 Convênio IPM ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
11/04/2016 09:31	Enfermeiro	Evolução		Clauciane Almeida Oliveira	

Paciente: Rosiano Teles da Silva
 Enfermeiro(a): Clauciane Almeida de Oliveira Enfermeiro(a)

Evolução M

- Diagnóstico: Pré Op de Umero e Clavícula
- Especialidade: Cirúrgico

Exame Físico

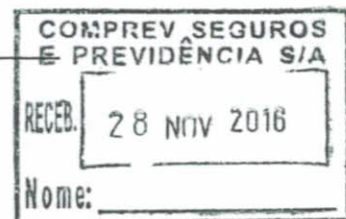
1. Neuro: Consciente, orientado, verbalizando.
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardico
4. Digestivo: Dieta vo. Zero apos desjejum, para realizar procedimento cirurgico
5. Renal: Diurese espontânea;
6. Tegumentar: Fratura em clavícula e umero
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorências

Paciente segue estável, consciente. Eupneico em ar ambiente. Dieta zero
 Mantendo fixador externo em MID.
 Mantendo Isolamento de Contato. ✓
 Segue aos cuidados de enfermagem.
 Realizado curativo medio em MID utilizado crepom. Apresenta exsudato seroso, em moderada quantidade.

Pendências

Clauciane Almeida de Oliveira



UNICLINIC
 CONFERE COM O ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Romano Teles da Silva.RG nº 94002469527, data de expedição 08/09/16, Órgão SSP/CE.CPF nº 19382957334, 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: 08</u>
Número	<u>Casa: 190</u>
Apto / Complemento	<u>Conf: Planalto</u>
Bairro	<u>Itapery</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60761320</u>
Telefone de Contato	<u>(85)988797092 / 30111149</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 23 de Novembro 2016.Assinatura do Declarante: x Romano T. da Silva

SINISTRO 3160718082 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSIANO TELES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ROSIANO TELES DA SILVA

CPF/CNPJ: 79388957334

Posição em 28-02-2019 09:33:14

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2016	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50