

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NEVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180405757

Vitima: JOSE NEVES DA COSTA

Data do Acidente: 15/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180405757**.

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 13324260



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NEVES DA COSTA

Sinistro: 3180405757
Vítima: JOSE NEVES DA COSTA
Data do Acidente: 15/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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 3180405757** 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, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NEVES DA COSTA

Sinistro: 3180405757
Vítima: JOSE NEVES DA COSTA
Data do Acidente: 15/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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 3180405757** 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, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NEVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180405757
Vitima: JOSE NEVES DA COSTA
Data do Acidente: 15/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180405757**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	308.182.653-53	João Neves da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
João Neves da Costa		308.182.653-53	Autônomo
Endereço		Número	Complemento
Rua Antonio Lobo de Menezes		104	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
João Geraldo da Cruz	Juazeiro do Norte	CE	63033-160
Email	Telefone (DDD)		
	(88)3572-8563		

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)				BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>			
(Informar dígito se existir)				BANCO BRADESCO 237			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)				CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)			
0456				032656 9			

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.

Juazeiro do Norte - CE, 02 de Abril de 2018

Local e Data

João Neves da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ADAMANTIA BRADSCOT
BAND 727 5933



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 308.182.653-53	Nome completo da vítima Jose Neves da Costa
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL


Nome completo Jose Neves da Costa		CPF titular da conta 308.182.653-53	Profissão Autônomo
Endereço Rua Antonio Lobo de Menezes		Número 104	Complemento
Bairro Jose Geraldo da Cruz	Cidade Juazeiro do Norte	Estado CE	CEP 63033-160
Email			Telefone (DDD) (88)3572-8563

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

Local e Data Juazeiro do Norte-CE, 02 de Abril de 2018	
Assinatura do Beneficiário Jose Neves da Costa	Assinatura do Representante Legal

Correspondente do Banco Bradesco
Proposta de Preservação de Contas
No. Relac.: 00456 JUAZ. DO NORTE-CTO
PACS: 176 CASAS BAHIA-LUA 1724
Agencia: 00456-JUAZ. DO NORTE-CTO
Conta: 0000000002656-9
Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Data: 02/02/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física
Tipo Conta: Conta Corrente
Adesão ao Programa de Benefícios: N
NSU BANCO: 828759951147
HORA: 15:08:59

Sujeito a Confirmação do Banco
COUVIDORIA: BRADESCO
0800 727 5933

MPM
SECRETADORA
19 ABR 2018
EPVAT/RJ

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 308.182.653-53	Nome completo da vítima Jose Neves da Costa
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL


Nome completo Jose Neves da Costa		CPF titular da conta 308.182.653-53	Profissão Autônomo
Endereço Rua Antonio Lobo de Menezes		Número 104	Complemento
Bairro Jose Geraldo da Cruz	Cidade Juazeiro do Norte	Estado CE	CEP 63033-160
Email			Telefone (DDD) (88)3572-8563

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

Local e Data Juazeiro do Norte-CE, 02 de Abril de 2018	
Assinatura do Beneficiário Jose Neves da Costa	Assinatura do Representante Legal

Correspondente do Banco Bradesco
Proposta de Presabertura de Conta
No. Relac.: 00456 JUAZ DO NORTE-CTO
PACS: 176 CASAS BAHIA-LUA 1724
Agencia: 00456-JUAZ DO NORTE-CTO
Conta: 00000000000000000000-9
Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Data: 02/02/2018
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta: Conta Corrente
Adesao ao Programa de Beneficios: N
NSU BANCO: 828759951147
HORA: 15:08:59

Sujeito a Confirmação do Banco
OUVIDORIA: BRADESCO
0800 727 5033

MPM
SECRETARIA
19 ABR 2018
EPVAT/RJ

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

308.182.653-53

4 - Nome completo da vítima:

José Neves da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

José Neves da Costa

6 - CPF:

308.182.653-53

7 - Profissão:

Recus-me

8 - Endereço:

Rua: Antonio Lobo de Menezes

9 - Número:

104

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

José Geraldo da Cruz

12 - Cidade:

Juazeiro do Norte

13 - Estado:

Ceara

14 - CEP:

63033-160

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(88)99909-1667

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0456

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0032656

(Informar o dígito se existir)

9

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juazeiro do Norte-ce 25/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
 JOSE NEVES DA COSTA 10:18 18/05
 AGENCIA 0456 CONTA 0032056-9 18/05/2019

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 92,18-
 + CONTA FACIL (C/D + POMP) 92,18-
 TOTAL DE RECURSOS 92,18-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + POMP)

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		0,00
JUNHO/2019			
18	TARIFA BANCARIA 0090419		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0100519		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0110219		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0110019		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0120319		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	SALDO TOTAL		92,18-

**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

Número do Sinistro: 3180405757
Nome do(a) Examinado(a): Jose Neves da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Lobo de Menezes, 104
Jose Geraldo da Cruz Juazeiro do Norte CE CEP: 63033-160
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2008988900-7
Data local do acidente: [15/11/2017]
Data local do exame: [11/10/2018] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TCE TRATADO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO NEUROLÓGICO
Complicações: NÃO HOUVE
Data da Alta: 15/01/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CONCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, SEM ALTERAÇÃO AO EXAME FÍSICO
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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>(X) "Sem sequela 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):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% 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.

laudo da TC, hematoma subdural frontoparietal direito

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


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3331



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impressão em 01/03/2018 12:11:02



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 921 / 2018

Dados da Ocorrência

705376

Natureza do Fato: **LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/02/2018 12:14:57**Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2017 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO PALMEIRINHA**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATO/CE**Ponto de Referência: **DESVIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ NEVES DA COSTA**Nascimento: **18/05/1987** CPF: **309.152.653-53**CNH: **02147742935**Órgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA NEVES DA COSTA****ANTONIO EUCLIDES DA COSTA**Endereço: **RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES, 104**Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCPP652 UF: CE** Município: **FARIAS BRITO** Chassi: **9C2JC4110BR712530** Renavam: **324425406** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA** CC **125** FAN KE Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSÉ NEVES DA COSTA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO COLIDIRAM NA TRASEIRA DA SUA MOTO, SENDO ARREMESSADO AO SOLO, DESMAINDO NO LOCAL; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM CAUSOU O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANA LUIZA COELHO - MAT: 200218-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ NEVES DA COSTA

DPVAT/RJ

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Pag. 1 de 1



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 521 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132619-1-X

AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICO a presente fotocópia xerográfica extraída das atas do Conselho de Defesa Social do Estado do Ceará, de JUAZEIRO DO NORTE-CE. Validamente com o Selo de Autenticidade.	
26 MAR 2018	
Bel. Luís Maria de Figueiredo Viare - Tabelião	
Bel. Samuel Viana Figueiredo - Substituto	
Clingo Horácio Rodrigues Soares - Escrevente	
Anderson Távila Cavalcante - Escrevente	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

Dados da Ocorrência

705376

Natureza do Fato: **LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/02/2018 12:14:57**Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2017 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO PALMEIRINHA**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATO/CE**Ponto de Referência: **DESVIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE NEVES DA COSTA**Nascimento: **19/09/1967** CPF: **308.182.653-53**CNH: **02147742935** Órgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA NEVES DA COSTA****ANTONIO EUCLIDES DA COSTA**Endereço: **RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES, 104**Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCP9492** Ur: **CE** Município: **FARIAS BRITO** Chassi:**9C2JC4110BR712530** Renavam: **324425406** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **JOSE NEVES DA COSTA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO COLIDIRAM NA TRASEIRA DA SUA MOTO, SENDO ARREMESSADO AO SOLO, DESMAINDO NO LOCAL; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM CAUSOU O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

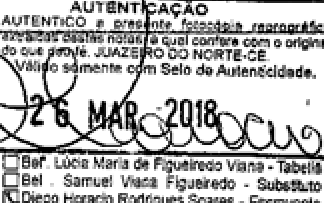
ANA LUIZA COELHO - MAT.: 30621-2018-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE NEVES DA COSTA

DPVAT/RJ

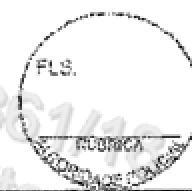
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Pag. 1 de 2



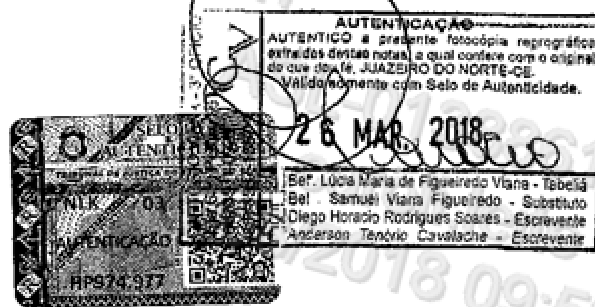
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X



ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:52:47

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:52:47

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:52:47

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:52:47

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:52:47



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

Dados da Ocorrência

705376

Natureza do Fato: **LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/02/2018 12:14:57**Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2017 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO PALMEIRINHA**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATO/CE**Ponto de Referência: **DESVIO**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **JOSE NEVES DA COSTA**Nascimento: **19/09/1967** CPF: **308.182.653-53**CNH: **02147742935** Órgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA NEVES DA COSTA****ANTONIO EUCLIDES DA COSTA**Endereço: **RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES, 104**Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCP9492** Ur: **CE** Município: **FARIAS BRITO** Chassi:**9C2JC4110BR712530** Renavam: **324425406** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **JOSE NEVES DA COSTA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO COLIDIRAM NA TRASEIRA DA SUA MOTO, SENDO ARREMESSADO AO SOLO, DESMAINDO NO LOCAL; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM CAUSOU O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 30621-2018-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE NEVES DA COSTA

DPVAT/RJ

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO





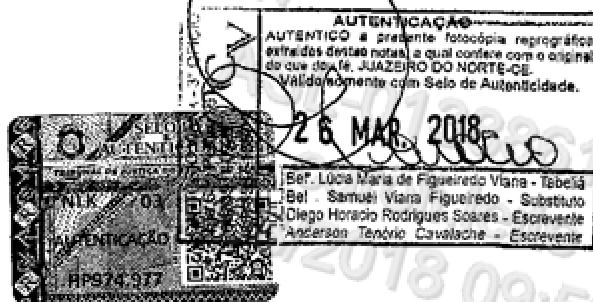
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 921 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/02/2018 12:14:57**Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2017 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO PALMEIRINHA**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATO/CE**Ponto de Referência: **DESVIO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSÉ NEVES DA COSTA**Nascimento: **19/09/1967** CPF: **308.182.653-53**CNH: **02147742935**Orgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA NEVES DA COSTA****ANTONIO EUCLIDES DA COSTA**Endereço: **RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES, 104**Bairro: **JOSÉ GERALDO DA CRUZ**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **OCP9492** Uf: **CE** Município: **FARIAS BRITO** Chassi:**9C2JC4110BR712530** Renavam: **324425406** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **JOSE NEVES DA COSTA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO COLIDIRAM NA TRASEIRA DA SUA MOTO, SENDO ARREMESSADO AO SOLO, DESMAINDO NO LOCAL; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM CAUSOU O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE NEVES DA COSTA



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

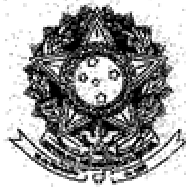


BOLETIM DE Ocorrência N° 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO CEARÁ

Francisco Getúlio Calou, Oficial Substituto do Registro Civil do Distrito de Marrocos,
da Comarca de Juazeiro do Norte - CE., por Nomeação Legal.

CERTIDÃO

CERTIFICO que às fls. 159 do livro nº 242 de registro civil dos casamentos,
consta sob o nº de ordem 9.660 o assento de casamento de:

José Neves da Costa.
e Cicera das Dores Feitosa Silva.

O contraente é filho de Antonio Euclides da Costa.
e de Maria Neves da Costa.

nascido em Juazeiro do Norte

Estado de Ceará no dia 29 do mês de Setembro do ano de 1967

Profissão Motorista domiciliado e residente Juazeiro do Norte
Ceará

A contraente é filha de Manoel Candido da Silva.
e de Cicera Feitosa Silva.

nascida em Juazeiro do Norte

Estado de Ceará no dia 20 do mês de Janeiro do ano de 1971

Profissão Do lar domiciliada e residente Juazeiro do Norte
Ceará

O casamento foi celebrado no dia 21 do mês de Setembro do ano de 2001
perante Dr. ADHOC - Valdelice Araujo Pereira Aleixo

Juiz de Direito dos Casamentos desta Comarca, e às testemunhas:

Constante no termo

e _____

Observações: - O casamento foi celebrado sob regime de comunhão parcial de bens.

A nubente após o casamento passou a chamar-se:

Cicera das Dores Feitosa Costa.-*

SELO DE AUTENTICIDADE
Nº 306148

SELO REGISTRAL
Nº 306148

SELO SÓMENTE

61-03

5.00

0.125

12.38

306148

O referido é verdade. Dou fé.

Distrito de Marrocos, 21 de Setembro

O Oficial do Registro Civil

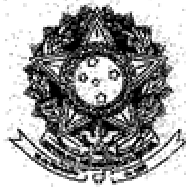
ANTÔNIO MARROCOS

Francisco Getúlio Calou

CPF - 016484423-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO CEARÁ

Francisco Getúlio Calou, Oficial Substituto do Registro Civil do Distrito de Marrocos,
da Comarca de Juazeiro do Norte - CE., por Nomeação Legal.

CERTIDÃO

CERTIFICO que às fls. 159 do livro nº 242 de registro civil dos casamentos,
consta sob o nº de ordem 9.660 o assento de casamento de:

José Neves da Costa.
e Cicera das Dores Feitosa Silva.

O contraente é filho de Antonio Euclides da Costa.
e de Maria Neves da Costa.

nascido em Juazeiro do Norte

Estado de Ceará no dia 29 do mês de Setembro do ano de 1967

Profissão Motorista domiciliado e residente Juazeiro do Norte
Ceará

A contraente é filha de Manoel Candido da Silva.
e de Cicera Feitosa Silva.

nascida em Juazeiro do Norte

Estado de Ceará no dia 20 do mês de Janeiro do ano de 1971

Profissão Do lar domiciliada e residente Juazeiro do Norte
Ceará

O casamento foi celebrado no dia 21 do mês de Setembro do ano de 2001
perante Dr. ADHOC - Valdelice Araujo Pereira Aleixo

Juiz de Direito dos Casamentos desta Comarca, e às testemunhas:

Constante no termo

e _____

Observações: - O casamento foi celebrado sob regime de comunhão parcial de bens.

A nubente após o casamento passou a chamar-se:

Cicera das Dores Feitosa Costa.-*

SELO DE AUTENTICIDADE
Nº 306148

SELO REGISTRAL
Nº 306148

SELO SÓMENTE

61-03

5.00

0.125

12.38

306148

O referido é verdade. Dou fé.

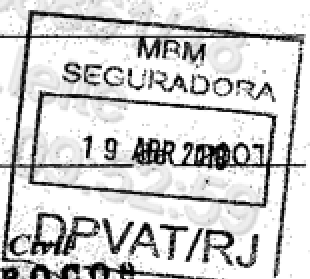
Distrito de Marrocos, 21 de Setembro

O Oficial do Registro Civil

ANTÔNIO MARROCOS

Francisco Getúlio Calou

CPF - 016484423-04



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Neves da Costa, portador da carteira de identidade nº CNH 02147742935 e inscrito no CPF/MF sob o nº 308.182.653-53, residente e domiciliado na Rua Antonio Lado de Menezes nº 104, Cidade Guajiru 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.

José Neves da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

f. do Norte-CE, 02 de Abril de 2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Neves da Costa, portador da carteira de identidade nº CNH 02147742935 e inscrito no CPF/MF sob o nº 308.182.653-53, residente e domiciliado na Rua Antonio Lado de Menezes nº 104, Cidade Guazirama 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.

José Neves da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

f. do Norte-CE, 02 de Abril de 2018

Local e data



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 308.182.653-53 4 - Nome completo da vítima: José Neves da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Neves da Costa 6 - CPF: 308.182.653-53
7 - Profissão: Recus-me 8 - Endereço: Rua: Antonio Lobo de Menezes 9 - Número: 104 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: José Geraldo da Cruz 12 - Cidade: Juazeiro do Norte 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 63033-160
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (88)99909-1667

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco (237)

AGÊNCIA: CONTA: 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juazeiro do Norte-ce 25/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

JOSE NEVES DA COSTA

10:18 18/05

AGENCIA 0456 CONTA 0032056-9

18/05/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 92,18-

+ CONTA FACIL (C/D + POMP) 92,18-

TOTAL DE RECURSOS 92,18-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/D + POMP)

MAIO/2018		
DIA	HISTORICO	N DOCTO
15	SALDO ANTERIOR	0,00
JUNHO/2019		
18	TARIFA BANCARIA 0090419	19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0100519	19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0110219	16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0110019	19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0120319	16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	SALDO TOTAL	92,18-



Hospital
Santo Antônio

FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
Telefone: 88 3532-7700 Fax: 88 3532-7719 - Barbalha - CE

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br

AIH UNISUSWEB

12317 000015894

Emissão: 15/11/2017 12:20

Atend.Nº: 414691

Paciente: JOSE NEVES DA COSTA Idade: 50a 1m 17d Sexo:M
Data Nasc: 29/09/1957 CPF: 138.182.653-55 RG: 200894889007 Est.Civil: CASADO
Filiação - Mãe:MARIA NEVES DA COSTA Pai:ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA LAVRAS DA MANGABEIRA 282 Bairro: SEMINARIO
Município: CRATO UF: CE CEP: 63103120
Telefone: 88996040300 Profissão: MOTORISTA Cor: PARDOS
Natural: JUAZEIRO DO NORTE CE Religião: NAO INFORMADO Atend:ANDERSON

Conv.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: 700003272481707 Titular:

Responsável: CPF:

Médico: JOAO ANANIAS MACRADO FILHO Prontuário: 143904
Clínica: INTERN. CLINICA Data/Hora: 15/11/2017 12:19
Setor: POSTO 3 -HMSA Qco/Leito: 107-07
Unidade: 02 URGENCIA Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA: TCE, queda de motorcycle (su) e alcool, sem consciência.
Pouco de consciência. Vomito.

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = PP = FR = TA =

ACV:

AP:

ADPOVE:

NEUROLÓGICO: ECA 13. Espasmos. Sem sinal focal

ECG: AO = RV = RM =

PUPLOS:

DIAGNÓSTICO

CONDLTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE, Hematoma subdural esquerdo / Fract. crânio

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 22/11/17
13.14 acionou tempo.

Danieli Feitoza Costa

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 005211

JOAO ANANIAS MACRADO FILHO

Impressor por: ANDERSON 15/11/2017 12:20

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA

15/11/17

MEDUNHA
Técnico

TOMOGRAFIA APACHE

TOMOGRAFIA APACHE

TOMOGRAFIA APACHE



FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br

AIH UNISUSWEB

: 01317#000475894

Emissão: 15/11/2017 12:20

Atend.Nº: 414691

Paciente: JOSE NEVES DA COSTA

Idade: 50a 1m 17d Sexo:M

Data Nasc: 29/09/1967 CPF: 308.182.653-53 RG: 20089+889007 Est.Civil: CASADO

Filiação - Mãe:MARIA NEVES DA COSTA Pai:ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA LAVRAS DA MANGABEIRA 292

Bairro: SEMINARIO

Município: CRATO

UF: CE

CEP: 63103120

Telefone: 88996040300

Profissão: MOTORISTA

Cor: PARDO

Natural: JUAZEIRO DO NORTE

CE

Religião: NAO INFORMADO

Atend:ANDERSON

Conv.: SUS INTERNADOS

Matricula/CNS: 700003272481707

Titular:

Responsável:

CPF:

Médico.: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Prontuário: 143904

Clinica.: INTERN. CLINICA

Data/Hora.: 15/11/2017 12:19

Sector.: POSTO I -HMSA

Qto/Leito.: 107-07

Caliber.: 02 URGENCIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA: TGE, queda de motorcycle (m) e 120km/h, sem capacete.
Pouca de consciência. Ventos.

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AP:

ADPOVE:

NEUROLÓGICO: ECG 13. Irregular. Sem sinal focal

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILOS:

DIAGNÓSTICO

CONDLTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TGE, Hematoma subdural lateral | Fract. crânio

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LTA EM: 22/11/17

13.14 acinau tempo.

Danieli Feitoza Costa

MÉDICO (a): 005211

JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA

15/11/17

MENDES
Técnico

mpressor por: ANDERSON 15/11/2017 12:20

TOMOCORRUA APAC

TOMOCORRUA APAC

TOMOCORRUA APAC

MEM
SEGURADORA

19-ABR-2018

DPVAT/RJ

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Promitório 272478
Atendimento 0002
Nome do Paciente JOSE NEVES DA COSTA
Documento(s) Identidade: 20089889007
Data de Nascimento 29/09/1967
Local JUAZEIRO DO NORTE/CE

CNS 162195292790007
Estado Civil Solteiro(a)

Guia de Autorização
Sexo M
Idade 50 Anos(s)

ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço RUA JOCELI PINHEIRO, 118
Profissão

Bairro RECREIO

Mãe MARIA NEVES DA COSTA
CEP 03100-000
Município CRATO

UF CE Telefone 88 96176774

Responsável MESMO

CPF do Responsável Endereço RUA JOCELI PINHEIRO, 118

Município CRATO

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/11/2017
Hora 08:13
Convênio SUS
Profissional do Atendimento JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA
Indicador de Acidente

Matrícula CPF-30818265353

CIO

Tipo Atendimento CONSULTA DE URGENCIA

CRM/UF 16318/CE

Funcionário

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Quitação

Data/Hora Liberação 15/11/2017 08:48

Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (rpm)

PA (mmHg)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: LARANJA Data e Hora: 15/11/2017 08:22

Responsável pela Classificação: GILVANDA MACHADO DE

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

15/11/2017 08:48:50h Responsável: JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA CRM-CE 10318

PACIENTE, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUADRO DE ESCORIAÇÕES POR TODO, DOR EM ESCÁPULA A DIREITA.

APRESENTA EQUIMOSE EM OLHO DIREITO

RELATA QUE FAZIA USO DE CAPACETE, QUEIXA-SE DE TONTURA, NEGA VÔMITOS, RELATA QUE NÃO PERDEU A CONSCIÊNCIA, PORÉM NÃO LEMBRA COMO FOI O OCORRIDO

PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, SEM DÉFICITS FOCAIS OU DIFUSOS, DOR A MOVIMENTAÇÃO DE MSD

CD

1) TC DE CRÂNIO - HOSPITAL SANTO ANTONIO

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA - CRM 16318

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS

DR. JOSE FIANZIMARO
GERENTE DO NA
Ouro Preto - Minas
Gerais - 31228

Período: 15/11/2017 09:00:10 à 15/11/2017 11:32:43

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário
272478/0002

JOSE NEVES DA COSTA

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

25/02/1967

50 Ano(s)

MARIA NEVES DA COSTA

Quarto/Leto

Data Admissão

Apresento

15/11/2017

CRM

16318

Profissional Responsável

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Setor

PRONTO SOCORRO ADULTO

Especialidade

MEDICA

ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 15/11/2017 09:01:38

CLIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE. CHEGOU AO SETOR DE CADEIRA DE RODAS, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, CONSCIENTE, DESORIENTADO, NO MOMENTO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, EQUIMOSE EM OLHO DIREITO, QUEIXANDO-SE DE DORES NO PEITO, TONTURAS, SIC NÃO SE LEMBRA DO OCORRIDO, FOI AVALIADO PELA DRA. JULIANA E SEGUE EM OBSERVAÇÃO AGUARDANDO TRANSFERENCIA PARA O HSA EM BARBALHA.

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

1.º DE ENFERMAGEM - 15/11/2017 11:30:43

EM TEMPO CLIENTE FOI TRANSFERIDO EM AMBULANCIA DO MUNICIPIO PARA O HSA. SAIU ACOMPANHADO PELA TÉCNICA DE ENFERMAGEM ANA VERA.

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

DETALES VITAIS - 15/11/2017 09:00:10

PULSO: 80 bpm

TEMPERATURA: 36,0 °C

RESPIRAÇÃO: 20 rpm

PRESSÃO SISTÓLICA: 130 mmHg

PRESSÃO DIASTÓLICA: 80 mmHg

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Naves da Costa

RG nº CNH 02147742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detran-CE,

CPF nº 308.182.653-53, 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 Antonio Lobo de Menezes</u>
Número	<u>304</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jose Geraldo da Cruz</u>
Cidade	<u>Quazirô do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-8563 / (88) 3572-8571</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte-CE, 02 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: José Naves da Costa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Neres da Costa

RG nº CNH 02147742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detran-CE

CPF nº 308.182.653-53, 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 Antonio Lobo de Menezes</u>
Número	<u>504</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>João Geraldo da Cruz</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-8563 / (88) 3572-8571</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João do Norte-CE, 02 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: José Neres da Costa



VOLUME 123

2000

Condição de venda: 1,78 referente a PIS e COFINS Ativos: PIS: 0,65% e COFINS: 3,14%
 (com 10% de desconto) e 1,78 referente a PIS e COFINS Ativos: PIS: 0,65% e COFINS: 3,14%
 Para o mês de fevereiro/2018 a venda teve valor de R\$ 1.000,00
 correspondente a:

INFORMAR QUE O COMITÊ DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE
DEBATE SOBRE O PLANO DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE
COMO OS VIZINHOS E AINDA NO COMITÊ DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE
DE DEFESA, TÃO E O PLANO DE DEFESA DO MEIO AMBIENTE. Ministério do Meio Ambiente, Brasília, DF, 1997.

32,85
0,80

92	76	88	96	95	93	85	86	89	93	80	84
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

OTAL A
ACAR INI

VALOR CONSUMO DO MES
JURO DO MES
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TAXA - BAIXA RENDA
SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0800 000 0560
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

Item	Unit	Price	Quantity	Total
1.000	kg	1.00	1.00	1.00
2.000	kg	2.00	2.00	2.00
3.000	kg	3.00	3.00	3.00
4.000	kg	4.00	4.00	4.00
5.000	kg	5.00	5.00	5.00
6.000	kg	6.00	6.00	6.00
7.000	kg	7.00	7.00	7.00
8.000	kg	8.00	8.00	8.00
9.000	kg	9.00	9.00	9.00
10.000	kg	10.00	10.00	10.00
11.000	kg	11.00	11.00	11.00
12.000	kg	12.00	12.00	12.00
13.000	kg	13.00	13.00	13.00
14.000	kg	14.00	14.00	14.00
15.000	kg	15.00	15.00	15.00
16.000	kg	16.00	16.00	16.00
17.000	kg	17.00	17.00	17.00
18.000	kg	18.00	18.00	18.00
19.000	kg	19.00	19.00	19.00
20.000	kg	20.00	20.00	20.00
21.000	kg	21.00	21.00	21.00
22.000	kg	22.00	22.00	22.00
23.000	kg	23.00	23.00	23.00
24.000	kg	24.00	24.00	24.00
25.000	kg	25.00	25.00	25.00
26.000	kg	26.00	26.00	26.00
27.000	kg	27.00	27.00	27.00
28.000	kg	28.00	28.00	28.00
29.000	kg	29.00	29.00	29.00
30.000	kg	30.00	30.00	30.00
31.000	kg	31.00	31.00	31.00
32.000	kg	32.00	32.00	32.00
33.000	kg	33.00	33.00	33.00
34.000	kg	34.00	34.00	34.00
35.000	kg	35.00	35.00	35.00
36.000	kg	36.00	36.00	36.00
37.000	kg	37.00	37.00	37.00
38.000	kg	38.00	38.00	38.00
39.000	kg	39.00	39.00	39.00
40.000	kg	40.00	40.00	40.00
41.000	kg	41.00	41.00	41.00
42.000	kg	42.00	42.00	42.00
43.000	kg	43.00	43.00	43.00
44.000	kg	44.00	44.00	44.00
45.000	kg	45.00	45.00	45.00
46.000	kg	46.00	46.00	46.00
47.000	kg	47.00	47.00	47.00
48.000	kg	48.00	48.00	48.00
49.000	kg	49.00	49.00	49.00
50.000	kg	50.00	50.00	50.00
51.000	kg	51.00	51.00	51.00
52.000	kg	52.00	52.00	52.00
53.000	kg	53.00	53.00	53.00
54.000	kg	54.00	54.00	54.00
55.000	kg	55.00	55.00	55.00
56.000	kg	56.00	56.00	56.00
57.000	kg	57.00	57.00	57.00
58.000	kg	58.00	58.00	58.00
59.000	kg	59.00	59.00	59.00
60.000	kg	60.00	60.00	60.00
61.000	kg	61.00	61.00	61.00
62.000	kg	62.00	62.00	62.00
63.000	kg	63.00	63.00	63.00
64.000	kg	64.00	64.00	64.00
65.000	kg	65.00	65.00	65.00
66.000	kg	66.00	66.00	66.00
67.000	kg	67.00	67.00	67.00
68.000	kg	68.00	68.00	68.00
69.000	kg	69.00	69.00	69.00

[illegible]

06/02/2018 Data de Emissão 05/12/2007 13:56:00 - 3 Nome CILERA DAS DORES FELTOSA SILVA End. Postal RU ANTONIO LOBO DE MENEZES 00104 JOSE GERALDO DA CRUZ - JUAZEIRO DO NORTE - 63033100 10003625 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASEADA Classe 95753273-00 Matrícula 95753273-00

[illegible]

Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

001195007

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:06

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitanças do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:06

VALOR DO SERVIÇO	160,00
VALOR DO IMPOSTO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	160,00

01/2018 06/02/2019
355208043633638 L 0415 H 08:43:34 P 001

Cagece

Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Mais informações pelo telefone: 0800 11 1111, nos dias úteis, das 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no site da Cagece: www.cagece.gov.br. Site da ANCE: www.ance.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACROR - Autarquia da Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

MEM
SECRETARIA
19 ABR 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Neres da Costa

RG nº CNH 02147742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detran-CE

CPF nº 308.182.653-53, 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 Antonio Lobo de Menezes</u>
Número	<u>504</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>João Geraldo da Cruz</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-8563 / (88) 3572-8571</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João do Norte-CE, 02 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: José Neres da Costa



VOLUME 123

2000

Contrata desta forma os 1,700 referidos PIS e CONTRIB. ACADEMICOS: PIS: R\$ 6,00 e CONTRIB: R\$ 1,00 por mês, com custo adicional para os demais, a serem estabelecidos.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SALUD
SANTO DOMINGO DE LOS ANDES
1990

1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345
 2346
 2347
 2348
 2349
 2350
 2351
 2352
 2353
 2354
 2355
 2356
 2357
 2358
 2359
 2360
 2361
 2362
 2363
 2364
 2365
 2366
 2367
 2368
 2369
 2370
 2371
 2372
 2373
 2374
 2375
 2376
 2377
 2378
 2379
 2380
 2381
 2382
 2383
 2384
 2385
 2386
 2387
 2388
 2389
 2390
 2391
 2392
 2393
 2394
 2395
 2396
 2397
 2398
 2399
 2400
 2401
 2402
 2403
 2404
 2405
 2406
 2407
 2408
 2409
 2410
 2411
 2412
 2413
 2414
 2415
 2416
 2417
 2418
 2419
 2420
 2421
 2422
 2423
 2424
 2425
 2426
 2427
 2428
 2429
 2430
 2431
 2432
 2433
 2434
 2435
 2436
 2437
 2438
 2439

92	76	88	96	95	93	149	85	80	93	84
----	----	----	----	----	----	-----	----	----	----	----

DIET A
ACAR (M)

VALOR CONSUMO DO MES
JURO DO MES
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA - RALIX RENDA
SEGUNDA RESIDENCIAL 3 + 1 - 0500 R\$0.0500
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

[illegible][illegible]

05 13008 07 13500 - 3
CIGARRA DAS DORES FEITOSA SILVA
RU ANTONIO LOBO DE MENEZES 00104
JOSE GERALDO DA CRUZ - 0303160
10083625
RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICA de Potência
Data de Emissão 06/02/2013
CPF

CLIENTE
314621-4

Companhia Brasileira de Cerveja
Rua Nelson Mandela, 110
CEP: 04039-000 / São Paulo, SP

314621-4

2314621-4

NO DO CLIENTE

Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

001195007

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:06

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitanças do período e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:06

VALOR DO SERVIÇO	160,00
VALOR DO IMPOSTO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	160,00

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:06

Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone:
às 17h, no site www.cagece.com.br ou no endereço da Cagece: 31011-910, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autarquia da Regulação, Fortaleza e demais Cidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

Cagece

Caro Cliente

ASL-0138861/18
caroli.leite

ASL-0138861/18
caroli.leite

31/08/2018 10:01:06

31/08/2018 10:01:06

MEM
SECRETARIA
19 ABR 2018

2314621

Para obter este comprovante, utilize o nº 2314621
 e o código 00000000000000000000000000000000

Companhia Energética de Minas Gerais
 Rua Fátima, 100 - Belo Horizonte, MG
 CEP 30135-040 - Fone: 31 3333-1111
 CNPJ 07.047.291/0001-70 - DGF 05.505.848-0

573356283

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

Rota 05 13000 07 135000 - 3

Data de Emissão 09/05/2019

Nome CICERA DAS DORES FEITOSA SILVA

End. Postal RU ANTONIO LOBO DE MENEZES 00104

JOSE GERALDO DA CRUZ - JUAZEIRO DO NORTE - 63033160

Medidor 10083625

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 957532733-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2019	09/05/2019	10/06/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no site da CEMIG.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE EUGD 13,55
 Mês Mar/2019
 DICI = 0,00 P

ICMS

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

Padrão Individual

Apuração Individual

DICI	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00	
3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00	
2,77			0,00			

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1A0E.0104.407F.E1DF.B5F9.735C.347C.EA73

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18261	18175	1,00	86	0,00	30 56	0,10115 0,31063	5,43 17,48
09/05/19	08/04/19		31 DIAS		86		22,83

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	22,83
MULTA MORATORIA REF 04/2019	0,43
JUROS DO MES	0,28
PIS-COFINS COMPLEMENTAR TARIFA BAIXA RENDA	0,98
SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0800 600 0560	5,19
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,13)	

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,13
Transmissão	8,56
Distribuição	7,13
Encargos Setoriais	1,61
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,99
TOTAL	23,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

91	86	84	110	96	92	104	102	84	98	84	83	80
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA ELÉTRICA DE MINAS GERAIS S.A. (CEMIG)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Louiz Albennan Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559467.633/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653/53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios: CNH, OAB, Comp. de residência e Comp. de renda

☐ 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 <u>Rua Santa Luzia</u>		Número <u>1777</u>	Complemento
Bairro <u>São Miguel</u>	Cidade <u>Quazina do Norte</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63010-159</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 392-8563</u>	Telefone celular(DDD) <u>(88) 99216-5693</u>

Quazina do Norte - CE 02 de Abril de 2018
Local e Data

Louiz Albennan Moura
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/biblioteca/web/doc/original.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 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 Luiz Alberram Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559467.633/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 308.182.653/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 308.182.653/53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

CNH, UAB, Comp. de residência e Comp. de renda

☐ 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	<u>Rua Santa Luzia</u>		Número	<u>1777</u>	Complemento
Bairro	<u>São Miguel</u>	Cidade	<u>Paragominas do Norte</u>		Estado
CEP	<u>63010-159</u>		CEP		
Telefone comercial (DDD)	<u>(88) 392-8563</u>		Telefone celular (DDD)		<u>(88) 99216-5693</u>

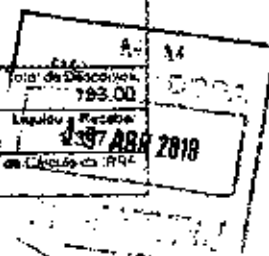
Paragominas do Norte - CE 02 de Abril de 2018
Local e Data

Luiz Alberram Moura
Assinatura do Declarante



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
EMPREGADOR R. L. PRADO SOARES EIRELI EPP		CNPJ 13.389.732/0001-21		Assinatura 02/05/2012	Competência Fevereiro de 2018
EMPREGADO 00901 LUIZ ALBERNAN MOURA		Cargo ADVOGADO(a)		Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	
CPF 12546049885	Estado	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Projeção	Depósito	
011	Salário-Básico	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%		120,00	
925	Desc. Vale Gás			63,00	
			Total de Projeções 1.500,00	Total de Depósitos 193,00	
				Líquido a Receber 1.317,00	
Salário Contratual 1.500,00	Base de Cálculo do INSS 1.500,00	Base de Cálculo do FGTS 1.500,00	FGTS 120,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do RRP

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura			
EMPREGADOR R. L. PRADO SOARES EIRELI EPP		CNPJ 13.389.732/0001-21		Assinatura 02/05/2012	Competência Fevereiro de 2018
EMPREGADO 00901 LUIZ ALBERNAN MOURA		Cargo ADVOGADO(a)		Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	
CPF 12546049885	Estado	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Projeção	Depósito	
011	Salário-Básico	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%		120,00	
925	Desc. Vale Gás			63,00	
			Total de Projeções 1.500,00	Total de Depósitos 193,00	
				Líquido a Receber 1.317,00	
Salário Contratual 1.500,00	Base de Cálculo do INSS 1.500,00	Base de Cálculo do FGTS 1.500,00	FGTS 120,00	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do RRP



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Albennan Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559467.633 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Neves da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios: CNH, OAB, Comp. de residência e Comp. de renda

☐ 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.

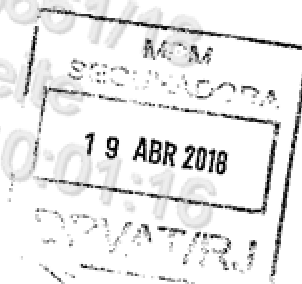
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Santa Lourença</u>		Número <u>1777</u>	Complemento
Bairro <u>São Miguel</u>	Cidade <u>Itapetininga do Norte</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63010-159</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 392-8563</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99216-5693</u>

Itapetininga do Norte CE 02 de Abril de 2018
Local e Data

Luiz Albennan Moura

Assinatura do Declarante



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura 05/03/18 <i>Luiz Albernán Moura</i>		
Empregador R L PRADO SOARES EIRELI EPP			CNPJ/CEI 13.369.722/0001-21		Admissão 02/05/2012
Empregado 000011 LUIZ ALBERNAN MOURA			Cargo ADVOGADO(a)		Competência Fevereiro de 2018
PIS 12540049986		Banco	Agência	Conta	Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
Tipo de Conta					
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%		120,00	
925	Desc.Vale Gás			63,00	
			Total de Proventos 1.500,00	Total de Descontos 183,00	
				Líquido a Receber 1.317,00	
Salário Contratual 1.500,00		Base de Cálculo do INSS 1.500,00	Base de Cálculo do FGTS 1.500,00	FGTS 120,00	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)			Data e Assinatura 05/03/18 <i>Luiz Albernán Moura</i>		
Empregador R L PRADO SOARES EIRELI EPP			CNPJ/CEI 13.369.722/0001-21		Admissão 02/05/2012
Empregado 000011 LUIZ ALBERNAN MOURA			Cargo ADVOGADO(a)		Competência Fevereiro de 2018
PIS 12546049986		Banco	Agência	Conta	Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
Tipo de Conta					
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%		120,00	
925	Desc.Vale Gás			63,00	
			Total de Proventos 1.500,00	Total de Descontos 183,00	
				Líquido a Receber 1.317,00	
Salário Contratual 1.500,00		Base de Cálculo do INSS 1.500,00	Base de Cálculo do FGTS 1.500,00	FGTS 120,00	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF



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/biblioteca/web/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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Regina Ferreira Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.221.363/28 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE NUNES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653/53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE NUNES DA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.182.653/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECURSU-ME Renda: RECURSU-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RECURSU-ME DECLARO

☒ 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		Número	Complemento
<u>RUA: ANTONIO WALTER HUMBERTO TELES</u>		<u>70</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JOSE GONCALVES DO CRUZ</u>	<u>MARACANA DO NORTE</u>	<u>CEARA</u>	<u>63033-030</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>11</u>		<u>11</u>	<u>11</u>

JOSE NUNES DA COSTA 25 de JUNHO de 2019
Local e Data

Maria Regina Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante



Hospital
Santo Antônio

FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
Telefone: 88 3532-7700 Fax: 88 3532-7719 - Barbalha - CE

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br

AIH UNISUSWEB

12317 000015894

Emissão: 15/11/2017 12:20

Atend.Nº: 414691

Paciente: JOSE NEVES DA COSTA Idade: 50a 1m 17d Sexo:M
Data Nasc: 29/09/1957 CPF: 138.182.653-55 RG: 200894889007 Est.Civil: CASADO
Filiação - Mãe:MARIA NEVES DA COSTA Pai:ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA LAVRAS DA MANGABEIRA 282 Bairro: SEMINARIO
Município: CRATO UF: CE CEP: 63103120
Telefone: 88996040300 Profissão: MOTORISTA Cor: PARDOS
Natural: JUAZEIRO DO NORTE CE Religião: NAO INFORMADO Atend:ANDERSON

Conv.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: 700003272481707 Titular:

Responsável: CPF:

Médico: JOAO ANANIAS MACRADO FILHO Prontuário: 143904
Clínica: INTERN. CLINICA Data/Hora: 15/11/2017 12:19
Setor: POSTO 3 -HMSA Qco/Leito: 107-07
Unidade: 02 URGENCIA Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA: TCE, queda de motorcycle (su) e alcool, sem consciência.
Pouco de consciência. Vomito.

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = PP = FR = TA =

ACV:

AP:

ADROME:

NEUROLÓGICO: ECA 13. Espasmos. Sem sinal focal

ECG: AO = RV = RM =

PUPLOS:

DIAGNÓSTICO

CONDLTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE, Hematoma subdural esquerdo / Fract. crânio

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 22/11/17
13.14 acinac tempo.

Danieli Feitoza Costa

PACIENTE / RESPONSÁVEL MEDICO(a): 005211 JOAO ANANIAS MACRADO FILHO

mpressor por: ANDERSON 15/11/2017 12:20

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGÜINEA

15/11/17

MEDUNHA

Técnico

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO





Prefeitura Municipal De Juazeiro Do Norte

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Jose Maria Costa

Secret

de Mar de Juazeiro do Norte

Dr. Mikael

João José de Araújo

Recebu

[Handwritten signature]

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)

OPERADOR: MIKAEL em 27/12/2017 às 14:45:52
COMPETÊNCIA: 2017/12

USS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROF. SOL: 463492 - PADRÃO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700033272431707
ID: 475555 Pront.:
Usuário: JOSE NEVES DA COSTA
Dta. nasc.: 29/09/1987 Idade: 50 SEXO: M
Nome mãe: MARIA NEVES DA COSTA
Nome Pai:
End: ANTÔNIO LOBO DE VENEZES, 104 CEP: 63033160
Bairro: JOSÉ GERALDO DA CRUZ
Sem telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada: Quinta-feira, 28 de Dezembro de 2017
Hora: 07:00:00
AUT: 2017122700372 CONTROLE: 1865175
USP: CORPORE CLÍNICA DE REABILITAÇÃO INTEGRADA
End: SAO LUZ, 270
Bairro:
contato: Telefone(s): 30851234 / Fax:
Prof. R: 395281 - ISAAC QUESADO ALENCAR
Esp.: FISIOTERAPISTA GERAL

DATA MARCADA	QTD	PROCEDIMENTOS
29/12/2017	20	0302060022 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SISTEMAS



OBS.: Não informado
OBS(Sistema): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
OBS(Unidade): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

RESERVUÁRIO

UNIVAP
UNIVERSIDADE DO PARANÁ

2/ Exe Níveis do Canto.

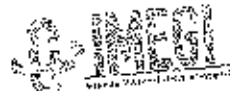
AO canto pedista.

2.10.17

UNIVERSIDADE DO PARANÁ
UNIVERSIDADE DO PARANÁ



Univap Engenharia, S.A. - Universidade do Paraná (UNIVAP) - CEP 53039-220





PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

Nome: JOSE NEVES DA COSTA

DATA: 02/01/2018

Médico (a): Dr. Edmilson Martins de Lima Junior

Exame: USG OMBRO DIREITO

Convênio: SUS

Os seguintes aspectos foram observados:

Pele e subcutâneo : Morfologia e ecotextura preservada

Músculo deltóide: Morfologia e ecotextura preservada

Bursa subdeltóide: Preservada

Tendão do supra-espinhal: heterogêneo com calcificações em sua zona crítica.

Tendão subescapular: Morfologia e ecotextura preservada

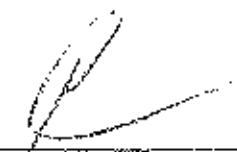
Tendão do infra-espinhoso: Morfologia e ecotextura preservada

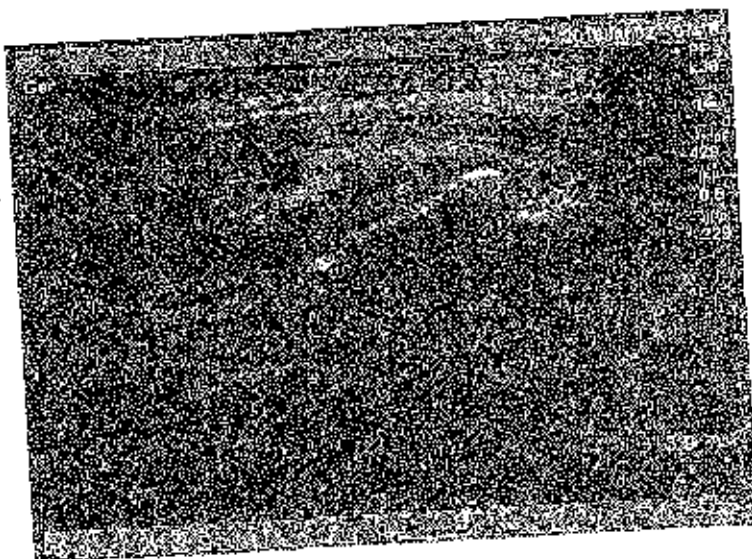
Tendão do cabo longo do biceps: Morfologia e ecotextura preservada

Superfície articular: Irregular

CONCLUSÃO:

Tendinopatia do supra espinhal.


Dr. Edmilson Martins de Lima Junior
Especialista em Ultrassonografia
Membro Titular do CBR/SBUS
CRM 10062





RECEITUÁRIO

José Neves da Costa

Solicitado:

*Consulta cl/ortopedista
Dr. Maciel Pitta*

Justif: Exame cl/ exame

2

04.04.2018
04.04.2018
04.04.2018
04.04.2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)

OPERADOR: GLEYDSON em: 05/01/2018 às 09:14:52
COMPETÊNCIA: 2018/1

USS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROF. SOL: 463492 - PADRÃO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700003272481707

ID: 475555 Print:

Usuário: JOSE NEVES DA COSTA

Data. n.º: 29/09/1967 Idade: 50 SEXO: M

Nome mãe: MARIA NEVES DA COSTA

Nome pai:

EAD: ANTÔNIO LOBO DE MENEZES, 104 CEP: 63032150

Bairro: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

Sem telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada: Terça-feira, 09 de Janeiro de 2018

Hora: 13:00:00

Ativ: 2018010500131. CONTROLE: 1869517

USP: POLICLINICA TASSO RIBEIRO JERISSATI

End: SÃO PEDRO, S/N

Bairro: SANTA TEREZA

contato: Telefone(x): 885123262 / 8835122491 Fax:

Prof. R: 463091 - MARCEL DE ALENCAR PITA

Esp.: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

DATA MARCADA QTOE

09/01/2018

1

0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTOS

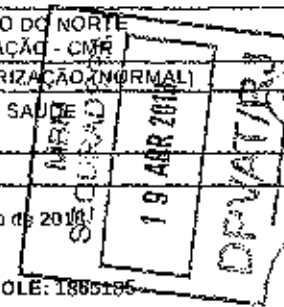
OBS.: Não informado

OBS(Sistema): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE COMIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.

-codigo_barras



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE		CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR	
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)			
OPERADOR: MIKAEL em 27/12/2017 às 14:49:58		USS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
COMPETÊNCIA: 2018/1		PROF. SOL: 463492 - PADRÃO	
DADOS DO USUÁRIO		AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO	
Cartão SUS:	700003272481707	Data Marcada:	Terça-feira, 02 de Janeiro de 2018
ID:	475555 Pront.	Hora:	06:30:00
Usuário:	JOSE NEVES DA COSTA	AUT:	2017122700382 CONTROLE: 1885185
Dta. nasc.:	29/09/1967 Idade: 50 SEXO: M	USP:	CENTER IMAGEM
Nome mãe:	MARIA NEVES DA COSTA	End:	RUA SÃO PEDRO - ANEXO AO TASSO RIBEIRO JEREISSATI (HTRJ), S/N
Nome Pai:		Bairro:	SANTA TEREZA
End:	ANTÔNIO LOBO DE MENEZES, 104 CEP: 63033160	contato:	Sem telefones para contato.
Bairro:	JOSÉ GERALDO DA CRUZ	Prof. R:	54389 - EDMILSON MARTINS DE LIMA JUNIOR
	Sem telefones para contato.	Esp.:	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMA
DATA MARCADA QUDE		PROCEDIMENTOS	
02/01/2018 1		0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	



OBS.: Não informado
 OBS(Sistema): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 OBS(Unidade): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO AS FOTOCOPIAS DO RG, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.



Prefeitura Municipal De Juazeiro Do No

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

SUS/CE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

Tratamento costal

Sauv

1) VSG DE OMBRO. (D)

Hs: 10h30 min para Robi

Dr. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE 123.123

20/12/14

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR
ANEXO II - RESOLUÇÃO Nº 1.100/2011 - ANVISA



107 - 4

NOME: JOSE NEVES DA COSTA

DATA: 15/11/2017

IDADE: 50

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA

Exame realizado em equipamento tomográfico multislices, com aquisição axial e reformatações multiplanares, sem a infusão venosa de meio de contraste.

ACHADOS

Fratura linear no teto da órbita direita.

Hematoma na região fronto-orbitária direita.

Hematoma subdural agudo a região frontoparietal direita, com espessura de 5 mm.

Focos de hiperdensidade com halo de edema nos giros frontais superior e médio esquerdo, sugestivos de contusão hemorrágica.

Restante do parênquima encefálico apresenta coeficiente de atenuação usual e boa diferenciação das substâncias branca e cinzenta.

O sistema ventricular é de forma e dimensões normais.

Não há desvio das estruturas da linha média.

Tronco cerebral e cerebelo de forma e coeficiente de atenuação normais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Fratura linear no teto da órbita direita.
- Hematoma subdural agudo a região frontoparietal direita.
- Focos de hiperdensidade com halo de edema nos giros frontais superior e médio esquerdo, sugestivos de contusão hemorrágica.
- Hematoma na região fronto-orbitária direita.

DR. RAFAEL JUSTO CAVALCANTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
MEMBRO DO COLEGIO BRASILEIRO DE
RADIOLOGIA
CRM CE-17083

Prezado médico assistente, colocamos-nos à disposição para discussão do caso.
Os exames devem ser conservados para eventuais análises comparativas futuras.





CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Av. Paulo Maurício S/N - Vila Santo Antônio
Fone: (88) 3532-1082 / 3532-1630 - Barbalha - CE

NOME: Jose Neves da Costa

DATA: 16/11/17

CONVÊNIO: apac

História: Paciente vítima de TCE.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Detalhes Técnicos: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos em série única sem a infusão endovenosa de contraste iodado, com cortes de 3 x 5 mm na fossa posterior.

Relatório:

Contusão hemorrágica cortical temporal esquerda adjacente de edema perilesional. Hemorragia subdural aguda, medindo cerca de 0,9 cm na sua maior espessura axial, de localização parieto-temporal à direita adjacente a traço de fratura.

Região dos núcleos da base sem alterações expressivas.

Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos de forma, topografia e dimensões normais.

Sulcos da convexidade, cissuras e cisternas da base de aspecto anatômico.

Tronco cerebral e hemisférios cerebelares com aspecto normal.



CAROLINA SAMPAIO SERRAVALLO
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-CE 10023



Barbalha-CE
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 15/11/2017 12:29 ATENDIMENTO.: 014690
PACIENTE: 143904 JOSE NEVES DA COSTA
UNIDADE.: PA HNSA LEITO.: CONVENIO : SUS AMBULATORIAL

EVOLUÇÃO:

ADMISSÃO

HD: TCE

RDA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM PERDA TEMPORÁRIA DE CONSCIENCIA, SEGUIDA DE VÔMITOS, SONOLÊNCIA E HEMATOMA PERIORBITÁRIO DIREITO.

APF:

AO EXAME:

-GERAL: BEG, CORADO, HIDRATADO, AAA
-NEURO: LOTE, GLASGOW 12, PIFR, SEM DEFICITS MOTORES
-ACV: RCR 2T BNF SS
-AR: MVF SEM RA
-ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, SEM VMG.

CD: INTERNAMENTO

SOLICITO TC DE CRANIO S/ CONTRASTE
AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Dr. Antonio Marcos Moreira S. Filho
MEDICO
CRM - 3750
CPF: 092.889.463-19

ANTONIO MARCOS MOREIRA DA SILVA FILHO
CRM:3750-CE

ECG 12 Ispólicas. Sem sinal focal
TC: HSD hemisfério bilateral + Fratura da calvária
@STO conservada. Sem sinais de edema
meningeo

Antônio

Antônio Marcos Moreira S. Filho
CRM - 3750
CPF: 092.889.463-19
Neurocirurgia





Santo Antônio

Uma tradição com compromisso

Telefone 35327780

www.focs.med.br

BARBALHA-CE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA: 22/11/2017 08:06 ATENDIMENTO: 414691 PRONT.: 143984
CONV.....: SUS INTERNADOS 107-02 POSTO I -HMSA
PACIENTE.: JOSE NEVES DA COSTA

EVOLUÇÃO: 22/11/17 08:06

CLIENTE EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. ACEITA DIETA, DIURESE PRESENTE. TEVE VISITA DO CLINICO. MEDICADO, SOB AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

MARIA VIRLÂNIA T. CRUZ
COREN-CE618022

*Paciente acinhou bem e saiu
sem alta médica*

Cicella Soares dos Santos
Téc. de Enfermagem
No COREN-657413



Período: 15/11/2017 09:00:10 à 15/11/2017 11:32:43

Dados Clínicos - Enfermagem

JOSE NEVES DA COSTA			Prontuário
Data de Nascimento	Idade	Nome da mãe	272478/0002
20/08/1967	50 Ans(s)	MARIA NEVES DA COSTA	
Data de Admissão	Admissão	Quarto/Leto	
15/11/2017			
Profissional Responsável			CRM
JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA			16318
Setor			Especialidade
PRONTO SOCORRO ADULTO			MEDICA
ENFERMAGEM			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 15/11/2017 09:01:38

CLIENTE DEU ENTRADA NESTA UNIDADE, CHEGOU AO SETOR DE CADEIRA DE RODAS, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, CONSCIENTE, DESORIENTADO, NO MOMENTO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, EQUIMOSE EM OLHO DIREITO, QUEIXANDO DO LADO DO DIREITO, TONTURAS, SIC NÃO SE LEMBRA DO OCORRIDO, FOI AVALIADO PELA DRA. JULIANA E SEGUE EM OBSERVAÇÃO AGUARDANDO TRANSFERENCIA PARA O HSA EM BARBALHA.

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 15/11/2017 11:30:43

EM TEMPO CLIENTE FOI TRANSFERIDO EM AMBULANCIA DO MUNICIPIO PARA O HSA. SAIU ACOMPANHADO PELA ENFERMEIRA DE ENFERMAGEM ANA VERA.

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

SINAIS VITAIS - 15/11/2017 09:00:10

PULSO: 80 bpm TEMPERATURA: 36,0 °C RESPIRAÇÃO: 20 rpm PRESSÃO SISTÓLICA: 130 mmHg
PRESSÃO DIASTÓLICA: 80 mmHg

RESPONSÁVEL: TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565



Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 272478 Atendimento 0002 Nome do Paciente JOSE NEVES DA COSTA
Cepim/Atividade Identidade: 20089889007
Data de Nascimento 29/09/1967 Local JUAZEIRO DO NORTE/CE

CNS 162195292790007 Guia de Autorização
Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino
Idade 50 Ano(s)

ANTONIO EUCLIDES DA COSTA Mãe MARIA NEVES DA COSTA
Endereço RUA JOCELI PINHEIRO, 118 Bairro RECREIO CEP 63100-000 Município CRATO
Profissão Empresa Cônjuge

Responsável O MESMO CPF do Responsável Endereço RUA JOCELI PINHEIRO, 118 Município CRATO UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/11/2017 Hora 08:13 Convênio SUS Matrícula CPF-30618266353 CID
Profissional do Atendimento JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA CRM/UF 16318/CE Tipo Atendimento CONSULTA DE URGENCIA
Indicador de Acidente Funcionário JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Observação

Sinais Vitais Data 15/11/2017 Data/Hora Liberação 08:48 Tipo de Saida Alta
Temperatura Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (rpm) PA (mmHg)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: LARANJA Data e Hora: 15/11/2017 08:22

Responsável pela Classificação: GILVANDA MACHADO DE

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

15/11/2017 08:48:50h Responsável: JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA CRM-CE 16318

PACIENTE, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUADRO DE ESCORIAÇÕES POR TODO, DOR EM ESCÁPULA A DIREITA.

APRESENTA EQUIMOSE EM OLHO DIREITO

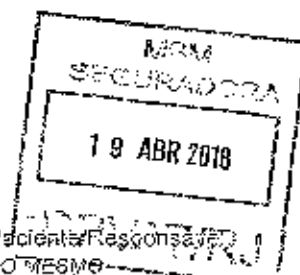
RELATA QUE FAZIA USO DE CAPACETE, QUEIXA-SE DE TONTURA, NEGA VÔMITOS, RELATA QUE NÃO PERDEU A CONSCIÊNCIA, PORÉM NÃO LEMBRA COMO FOI O OCORRIDO

PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO. SEM DÉFICITS FOCAIS OU DIFUSOS, DOR A MOVIMENTAÇÃO DE MSD

CD.
1) TC DE CRÂNIO - HOSPITAL SANTO ANTONIO


Juliana Ponciano Leite de Oliveira

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA - CRM: 16318

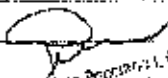


Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO

ESTADO QUADRO CLÍNICO:

2. Paciente, rotina de audição
e visão, apresenta um quadro
de histeria em alto de nível, com
um dos sintomas, que se trata
de um dos sintomas em tempo
e espaço.

Dr. T. de Jesus


Dr. T. de Jesus
CRM 16.118

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

15/11 11.11

Gilberto



RECEITUÁRIO

RECETAS
SECUNDÁRIA
19 ABR 2018
DENTAR

Nº 1678

NOME

Jose Neves da Costa

		Esférico	Cilindrico	Eixo	DP
Longe	OD	+5,50	-1,50	20	OD / OE
	OE	+5,00	-1,75	170	
Perto	OD				Alura
	OE		+2,50		

MÉDICO

SARILUX LIBERTY TRANSITIONS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 10.243.406/0001-59

RECEITUÁRIO

P/ José Neves da Costa

Para:

Ataques com Ortopedista.

Sheyla Martins

Sheyla Martins Alves
Secretária da Saúde
Farias Brito - CE

VOLTANDO A CONSULTA, TRAZER ESTA RECEITA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente José Neves Costa, está em tratamento fisioterápico nesta instituição devido Tendinopatia do Supra Espinhal após acidente de moto.

Corpore - Clínica de
Reabilitação Integrada
21010783

Viviane Coelho Faria

Viviane Coelho

Crefito-151221 -F

Juazeiro do Norte - Ce, 02 de Fevereiro - 2018.



CONTENT

SYNOPSIS

MEMOR: JE41E1B71251A of 404



1225388928

1/08/2018 08:00

19 APR 2018

CONTENT

ACKNOWLEDGMENTS

MEMPHIS: JUNE 15 1968



1225388928

1/08/2018

19 APR 2018

23

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PARTIDÁRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

951225936

VALIDA EM TODOS
OS TRANSPORTES NACIONAIS

951225936

PROTEÇÃO PLASTIFICADA

951225936

Nome: LUIZ ALBERTO MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: CE

19315

CPF: 559.467.633-34

DATA NASCIMENTO: 04/06/1972

FUNÇÃO: RAIMUNDO MUNIS DE MOURA

FRANCISCA ROLDÃO MOURA

PERMISSÃO: ☐ ADIC: ☐ CATARATA: ☐

VALIDADE: 05/09/2019

1ª EMISSÃO: 09/05/1992

02890416257

OBSERVAÇÃO:

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: Luiz Alberto Moura

DATA EMISSÃO: 30/09/2014

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE

49354678956

CE143635409

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MPM
SECURADORA

19 ABR 2018

DPVAT/RJ

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26



ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26



ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26



ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO E FISCALIA
SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Regilane Ferreira Alencar




CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRELOS NACIONAIS

CPF: 001029048787
DATA DE NASCIMENTO: 5/7/2001
NOME: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
FILIA: RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

NATURALIDADE: JUAZEIRO DO NORTE-CE
DATA DE NASCIMENTO: 20/1/1989
CPF: 001029048787
NOME: JUAZEIRO DO NORTE-CE
FILIA: JUAZEIRO DO NORTE-CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONTENT

ACKNOWLEDGMENTS

MEMORANDUM FOR: JEA1E1B712544-Conf-404



1225388928

1/08/2018

19 APR 2018

DATE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014138655430
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RFI 01 324423406 0000000000 2018

JOSE NEVER DA COSTA
FARIAS KRITTO /CE

30018265353 00F9492/CE

ESPECIE: TRU
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS
ANO/FAB 2011 2011
COR/PREDOMINANTE VERMELHA

QUOTA ÚNICA 1ª
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

FARIAS BRUNO
28/05/2018

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

CE Nº 014138655430 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

30018265353 00F9492/CE

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

014138655430 0021425577

RFI 01 30818265353 00F9492 2018 24/05/2018

HONDA/CG 125 FAN KS
ANO/FAB 2011 2011

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138861/18
Vítima: JOSE NEVES DA COSTA
CPF: 308.182.653-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/11/2017
Titular do CPF: JOSE NEVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE NEVES DA COSTA : 308.182.653-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

LUIZ ALBERNAN MOURA : 559.467.633-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/04/2018
Nome: JOSE NEVES DA COSTA
CPF/CNPJ: 308.182.653-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/04/2018
Nome: Jason Freiburger de Figueiredo
CPF: 015.382.240-62

JOSE NEVES DA COSTA

Jason Freiburger de Figueiredo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138861/18

Vítima: JOSE NEVES DA COSTA

CPF: 308.182.653-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/11/2017

Titular do CPF: JOSE NEVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de casamento

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JOSE NEVES DA COSTA : 308.182.653-53

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

LUIZ ALBERNAN MOURA : 559.467.633-34

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/04/2018

Nome: JOSE NEVES DA COSTA

CPF/CNPJ: 308.182.653-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/04/2018

Nome: Jason Freiburger de Figueiredo

CPF: 015.382.240-62

JOSE NEVES DA COSTA

Jason Freiburger de Figueiredo

MRM
SEGURADORA

19 ABR 2018

DPVAT/RJ

DESTINATÁRIO:

MBM- FILIAL RJ

ENDEREÇO: RUA ALVARO ALVIN, Nº 21

3º ANDAR- RIO DE JANEIRO/RJ

CEP: 20031-010

A/C: VERA CATALDO

REMETENTE:

CORDEIRO E FREITAS LTDA (ALBERNAN MOURA)

AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

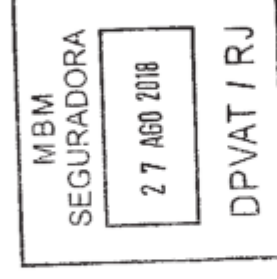
BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE-CE

CEP: 63033-027



DY 24174368 3 BR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180405757 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NEVES DA COSTA **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO, HEMATOMA NA REGIÃO FRONTO-ORBITÁRIA À DIREITA, FRATURA LINEAR NO TETO DA ÓRBITA À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180405757 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NEVES DA COSTA **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame médico pericial: CONCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, SEM ALTERAÇÃO AO EXAME FÍSICO

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: LAUDO DA TC, HEMATOMA SUBDURAL FRONTOPARIETAL DIREITO

Médico examinador: Jorge Luiz Coelho Leite

CRM do médico: 5931

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

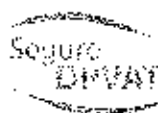
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 20089889007 CPF: 308.382.653-53
Endereço: RUA ANTONIO LUIZ DE MENEZES 304, J. C. DO CARNE

OUTORGADO:

Nome: LUIZ ALBERNAN MEYER
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 205481491 CPF: 559.467.633-34
Endereço: RUA SANTA LUCIA, Nº 1777, BARRIO SÃO MIGUEL

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 MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, 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 JOSE NEVES DA COSTA

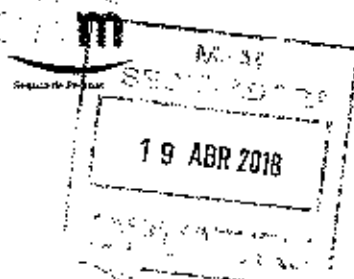
Local e Data: f. do Norte - CE. 23 de Março de 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

3º OFÍCIO

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 751 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-110
Fone: (88) 3511-2424 e 3557-1957 - www.cartorio.viana.com.br
Bom, Luna Maria de Figueiredo Viana - Titular
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE NEVES DA COSTA.
CONFERIDO () DOU FE. Juazeiro do Norte - Ceará,
23/03/2018.

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Anderson Tenório Cavalcante
- ESCRIVENTE



Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 20089889007 CPF: 308.382.053-53
Endereço: RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES 304, J. C. D. ACRUZ

OUTORGADO:

Nome: LUIZ ALBERNAN MOURA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 205481491 CPF: 559.467.633-34
Endereço: RUA SANTA LUCIA, Nº 1777, BAIRRO SÃO MIGUEL

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 MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, 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

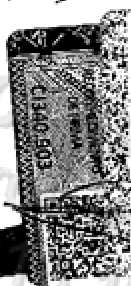
vítima JOSE NEVES DA COSTA

Local e Data: J. do Norte - CE, 23 de Março de 2018

JOSE NEVES DA COSTA

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

3º OFÍCIO

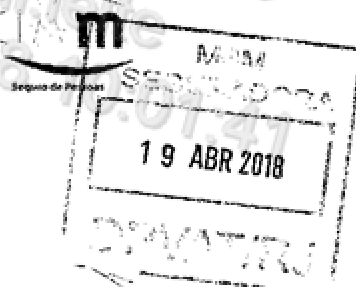


Cv

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0029 - 3507-1857 - www.cartorioviana.com.br
Belo, Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE NEVES DA COSTA,
CONFERIDO () DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará,
23/03/2018.

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Cavalcante
- ESCRIVÃO



77PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 2008988900 CPF: 308.182.653-53
Endereço: R. Antônio Lobo de Menezes 104 Bairro: José Geraldo da Cruz
Cidade: Juazeiro do Norte-CE CEP: 63033-160
Data do Acidente: 15/11/2017 Cobertura: INVALIDA

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Regilania Ferreira Alencar
Nacionalidade: Juazeiro do Norte Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2001029048787 CPF: 042.221.363-28
Endereço: Rua Antônio Valter Honorato Teles nº 70 Bairro: José Geraldo da Cruz
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63.033-030

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, JOSE NEVES DA COSTA

Juazeiro do Norte, 25 de Junho de 2019.

JOSE NEVES DA COSTA
Assinatura



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217283/19

Vítima: JOSE NEVES DA COSTA

CPF: 308.182.653-53

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 15/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NEVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR : 042.221.363-28

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE NEVES DA COSTA : 308.182.653-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
CPF: 042.221.363-28

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO