
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



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.seguradoraslider.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.seguradoraslider.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



00050857

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

jose Neves da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
jose Neves da Costa	308.182.653-53	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua antonio hoco de Menezes	104	
Bairro	Estado	CEP
jose Geraldo da Cruz	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"/> REUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

2 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO
Nome

BANCO BRADESCO

NRO.

237

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

0456

032656

9

(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
j- do Norte-CE, 02 de Abril de 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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 lobbo de Menezes	Número	104	Complemento	
Bairro	jose Geraldo da Cruz	Cidade	Juazeiro do Norte	Estado	CE
Email				CEP	63033-160
				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 checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO BRADESCO

NRO.

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0456

032656

9

(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.

juazeiro do norte-CE, 02 de Abril de 2018

Local e Data



jose Neves da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:59:57

Correspondente do Banco Bradesco
Proposta de Pre-abertura de Conta
nº. Relac.: 00456 - JUAZ DO NORTE-CTN
nº. Conta: 1175 - CASAS BAHIA-LOJA 1724
PACB :
Agencia : 00456-JUAZ DO NORTE-CTN
Conta : 0000000002656-9
Nome : JOSE NEVES DA COSTA
Data : 02/02/2018
Modelo/idade: 90

Tipo Pessoal: Física
Tipo Conta : Conta Corrente
Adesao ao Programa de Benefícios: N

Suspeito a Confirmação do Banco
OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 5033



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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 lobbo de Menezes	Número	104	Complemento	
Bairro	jose Geraldo da Cruz	Cidade	Juazeiro do Norte	Estado	CE
Email				CEP	63033-160
				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 checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO BRADESCO

NRO.

237

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

0456

032656

9

(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.

juazeiro do norte-CE, 02 de Abril de 2018

Local e Data



jose Neves da costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 09:59:57

Correspondente do Banco Bradesco
Proposta de Pre-abertura de Conta
nº. Relac.: 00456 - JUAZ DO NORTE-CTN
nº. Conta: 1175 - CASAS BAHIA-LOJA 1724
PACB:
Agencia : 00456-JUAZ DO NORTE-CTN
Conta : 0000000002656-9
Nome : JOSE NEVES DA COSTA
Data : 02/02/2018
Modelo/idade: 90

Tipo Pessoal: Física
Tipo Conta : Conta Corrente
Adesao ao Programa de Benefícios: N

Suspeito a Confirmação do Banco
OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 5033



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
208.182.653-53 José Neves da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Neves da Costa	6 - CPF: 308.182.653-53		
7 - Profissão: Recusou-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: Ceará	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco (237)

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 atende 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 as 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu à luz (nasciturus falecidos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/vivos? <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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
víma ou
beneficiári
eletrofotoc
do

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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 HRS
AGENCIA 9456 CONTA 0032666-0 18/06/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 92,18-
+ CONTA FACIL (C/C + POOP) 92,18-

TOTAL DE RECURSOS 92,18-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POOP)
MAIO/2019

DIA	HISTORICO	N.DOCIO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		9,00
	JUNHO/2019		
18	TARIFA BANCARIA 0098419		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0108519		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0128019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	SALDO TOTAL		92,18-

CONSULTA DE SALDOS

SABEMI - REC. EM 27 JUN 2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim 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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

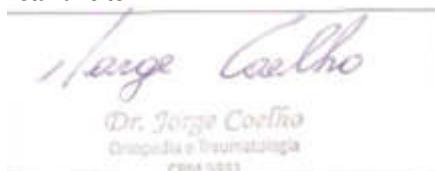
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- 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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2012

Dados da Ocorrência

705376

Natureza 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: JOSE NEVES DA COSTA

Nascimento: 18/05/1987 CPF: 303.152.653-53

CNH: 03147742935 Órgão Emissor: DETRAN

UF:

Pilação: 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: QCPH482 UF: CE Município: FARÍAS BRITO Chassi:
9C2JC4110BR712530 Renavam: 324425400 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CE 125 FAN KS Ano
Fabricação: 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 COLIDIARAM 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 DESCRIAS 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: 20691-208-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X de 51 MARS 2018

AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO a presente declaração, relativamente
à pessoa de quem é titular, que contém o original
de que se fala, JUAZEIRO DO NORTE/CE.
Vou assiná-la com Selo de Autenticidade,

26 MAR 2018

Bel. Lúcia Maria da Figueiredo Viana - Tabelia
Sel. Sávio Viana Figueiredo - Subscritor
Diego Horácio Rodrigues Scaras - Escrivane

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 2



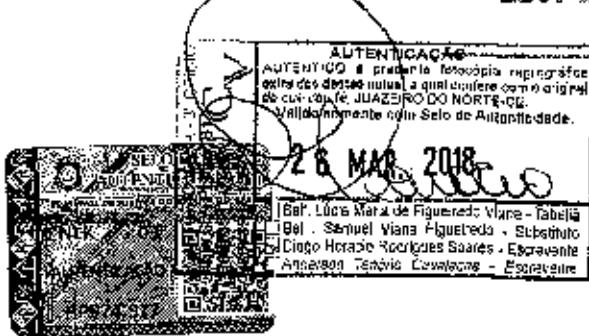
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGAÇÃO REGIONAL DE CRATO

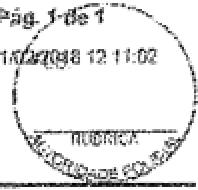


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 021 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

Dados da Ocorrência

705376

Natureza 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: JOSE NEVES DA COSTA

Nascimento: 19/09/1967 CPF: 308.192.653-53

CNH: 02147742935 Orgão Emissor: DETRAN

UF:

Filiação: MARIA NEVES DA COSTA

ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA ANTONIO LOBO DE MNENEZES, 104

Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCP9492 UF: CE Município: FARIA BRITO Chassi:
SC2JC4110BR712530 Renavam: 324425406 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano
Fabricação: 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 COLIDIARAM 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 DESCRIPTAS 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.: 130691408-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X705376 09:52:47

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICO o presente documento, reprodução exclusiva das suas notícias e que concorda com o original do qual provém. JUAZEIRO DO NORTE/CE	
Vitória: 26 MAR 2018	
Bef. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Tabelião	
Bef. Samuel Vieira Figueiredo - Substituto	
Diego Horacio Rodrigues Soares - Escrivão	



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

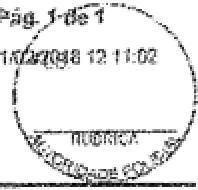


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

SELLO DE AUTENTICIDADE	
AUTENTICAÇÃO	
AUTÉNTICO é presente fotocópia reprográfica extradada (versão notarial) a qual concorda com o original do que consta, JUAZEIRO DO NORTE-CE. Validamente com Selo de Autenticidade.	
26 MAR 2018	
Bff. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Técnica Bff. Samuel Viana Figueiredo - Substituto Sd. Diego Horaço Rodrigues Soares - Escrivão Anderson Teófilo Cavalcante - Escrivão	
RP874.977	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

Dados da Ocorrência

705376

Natureza 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: JOSE NEVES DA COSTA

Nascimento: 19/09/1967 CPF: 308.192.653-53

CNH: 02147742935 Orgão Emissor: DETRAN

UF:

Filiação: MARIA NEVES DA COSTA

ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA ANTONIO LOBO DE MNENEZES, 104

Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCP9492 UF: CE Município: FARIA BRITO Chassi:
SC2JC4110BR712530 Renavam: 324425406 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano
Fabricação: 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 COLIDIARAM 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 DESCRIPTAS 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

MBM
SEGURADORA

19 APR 2018-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X 705376 001/2018-09:52:47

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



AUTENTICAÇÃO	
AUTENTICO o presente documento, reprodução exclusiva das suas notícias e que concorda com o original do qual provém. JUAZEIRO DO NORTE/CE	
Vitória: 26 MAR 2018	
Bef. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Tabelião Bef. Samuel Vieira Figueiredo - Substituto Diego Horacio Rodrigues Soares - Escrivão	



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

26 MAR 2018

AUTENTICAÇÃO	
AUTÉNTICO é presente fotocópia reprográfica extratos de título notarial a qual confere com o original do que consta JUAZEIRO DO NORTE-CE. Validamente com Selo de Autenticidade.	
SELADO	AUTENTICADO
DATA	26 MAR 2018
Assinatura de: Bel. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Tabelária Bel. Samuel Viana Figueiredo - Substituto Bel. Diego Henrique Rodrigues Soares - Escrivão Anderson Teófilo Cavalcante - Escrivão	
RP874.977	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

*Dados da Ocorrência*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** Orgão Emissor: **DETTRAN**

UF:

Filiação: **MARIA NEVES DA COSTA****ANTONIO EUCLIDES DA COSTA**Endereço: **RUA ANTONIO LOBO DE MNENEZES, 104**Bairro: **JOSE 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** Ano Fabricação: **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 COLIDIARAM 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: X de Sí M. V. S. COSTA



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



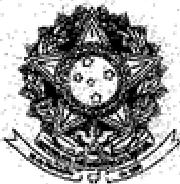
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 921 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

SABEMI - REC. EM 27 JUN 2019

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.**

C E R T I DÃO

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:

e 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.*

O referido é verdade. Dou fé.

Distrito de Marrocos, 21 de Setembro

MRM SEGURADORA
19 ABR 2001

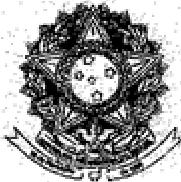
O Oficial do Registro Civil
GAROTONHO MARROCOIS

Francisco Getúlio Calou

REGISTRO CIVIL
SÉRIE S-1
Nº 016436423-04

SELO DE AUTENTICIDADE DO Poder Públ. do Estado do Ceará Nº 0007-TJ	ATO REGISTRAL
REGISTRO SOMENTE AUTENTICIDADE	61-03
6.00	0.125
12.58	
306148	
SEL. N.º	

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 24º 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 Cândido da Silva.
e de Cicera Feitosa Silva.

pascida 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

Observações: - O casamento foi celebrado

o passou a chamar-se:

A row of four rectangular stamps. The first three are identical, featuring the text 'SELÔ DE AUTENTICIDADE' at the top, followed by 'MATERIAL DE URGÊNCIA PÚBLICO DE SANTOS' in the middle, and 'PROVIMENTO N° 0033 - TJ' at the bottom. The fourth stamp is also identical but is partially cut off on the right side.

ANSWER

DU SOM
FENTICHE
G1-03

5.00

0 125

12-28
306148

O referido é verdade. Dou fé.

Distrito de Marrocos. 21 de Setembro

MBM
SEGURADORA
19 ABR 2001

Oficial do Registro Civil DPVAT/RJ

CARTOGRAFIA MARROCCO

appleطلب

PRIMACION 08-11-1994
SACM SUB-SITUTO
2005-0005-0001-33-00

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 Antônio Lobo de Menezes, nº 304, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- 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

Local e data

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



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 Antônio Lobo de Menezes, nº 304, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- 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

Local e data

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
208.182.653-53 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: Recusou-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: Ceará	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0456

CONTA: 0032656

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 atende 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 as 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz (nascituro falecido): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/vivos Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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
víma ou
beneficiári
eletrofotoc
do

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

José Neves da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Regina Ferreira Meneg
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

SABEM - REC EM 27 JUN 2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
JOSE NEVES DA COSTA 10:18 HRS
AGENCIA 9456 CONTA 0032666-0 16/06/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 52,18-
+ CONTA FACIL (C/C + POOP) 52,18-

TOTAL DE RECURSOS 52,18-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POOP)
MAIO/2019

DIA	HISTORICO	N.DOCIO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		9,00
	JUNHO/2019		
18	TARIFA BANCARIA 0098419		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0108519		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0128019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	SALDO TOTAL		52,18-

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
JOSE NEVES DA COSTA 10:18 HRS
AGENCIA 9456 CONTA 0032666-0 16/06/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 52,18-

+ CONTA FACIL (C/C + POOP) 52,18-

TOTAL DE RECURSOS 52,18-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POOP)
MAIO/2019

DIA	HISTORICO	N.DOCIO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		9,00
	JUNHO/2019		
18	TARIFA BANCARIA 0098419		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0108519		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0118019		19,70-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	TARIFA BANCARIA 0128019		16,50-
	CESTA EXPRESSO 4 -		
	SALDO TOTAL		52,18-

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
 AII UNISUSWEB : 021-4471-1249 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 CEP: 138.162.659-55 RG: 20088+889007 Est.Civil: CASADO
 Filiação - Mae: MARIA NEVES DA COSTA Pai: ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA LAVRAS DA MANGABEIRA 282 Bairro: SEMINARIO

Município: CRATO UF: CE CEP: 63103120

Telefone: 28936040300 Profissão: MOTORISTA Cor: PARDO

Resid.: JURZEIRO DO NORTE ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend:ANDERSON

Conv.: SOS INTERNADOS

Matrícula/CNS: 700003272401707

Titular:

Responsável:

CPF:

Médico: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Brontuário: 143904

Clinica: INTERN. CLINICA

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

Sector: POSTO I - EMSA

Qcc/Leito.: 107-07

Curador: 02 ORGECIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RDA: TCE, Gorda de metade (sa) e molt, sem colete.
 Quis. de consultoria. Vento.

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITais:

PA = FP = FR = TA =

ACV:

AF:

AARPE:

NEUROLÓGICO: TCE, hipertensão arterial, furação

ECG: AO = RV = RM =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE, hipertensão arterial, furação

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____

TRASNF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA:

MBM
SEGURADORA

19 ABR 2018

DPVAT/RJ

ALTA EM: 22/11/17
 13.74 acima temos.

Domélio Ferreira Costa

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO (e): 005211

JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA

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

15/11/17

MENHAG

Técnico

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br

AIH UNISUSWEB

: 0211410415894

Emissão: 15/11/2017 12:20

Atend. N°: 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

Matrícula/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

Unidade.: 02 URGENCIA

| Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA: TGB, queixas de mal-estar (n) e 110347 sem exibeite
pode de consciência. Vomito.

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV:

AP.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO: ECG 13. Irregular. Sem suspeita

ECG: AO = RV = RM =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TUE. Manobra submaxilar. Jorrino | Fart. urina

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____

TRASNF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

LTA EM: 22/11/17

13.14 acima tempo.

MBM
SEGURADORA

19 ABR 2018

DPVAT/RJ

Danieli Feitosa Costa
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 005211

JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA

15/11/17

MENWHA
Técnico

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

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Protocolo Atendimento Nome do Paciente
172478 0002 JOSE NEVES DA COSTA

CNS
162195292790007

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 20089889007

Estado Civil
Solteiro(a)

Sexo
Masculino

Data do Nascimento Local
29/09/1967 JUAZEIRO DO NORTE/CE

Renda
50 Ano(s)

ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Mae
MARIA NEVES DA COSTA

UF
CE Telefone
88 961757-72

Endereço RUA JOCELI PINHEIRO, 118

Barro
RECREIO CEP
03100-000 Municipio
CRATO

Plaftado

Empresa

Conjugue

Municipio:
CRATO

Responsável
MESMO

CPF do Responsável Endereço
CRM/UF
16318/CE

CO

Tipo Atendimento
CONSULTA DE URGENCIA

CRM/UF
16318/CE

Funcionário
JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Matrícula
CPF-30818265353

Estado Atendimento Hora Convenio
172478 08:13 SUS

Data/Hora Liberação
15/11/2017 08:48

Tipo de Saída
Alta

Sinais Vitais

Altura (cm)

T(°C)

P (ppm)

R (ppm)

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 ESCAPULA A DIREITA

APRESENTA EQUIMOSE EM OLHO DIREITO

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

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

1) TC DE CRÂNIO - HOSPITAL SANTO ANTONIO

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA - CRM 16318

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO

SAREMI REC EM 27 JUN 2019

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

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário
272478/0002

Maria NEVES DA COSTA

Data de Nascimento

Idade
50 Ano(s)

Nome da M.
Aposento

MARIA NEVES DA COSTA

Quarto/Litro

02/11/1967

Data Atendimento

15/11/2017

Profissional Responsável

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Setor

PRONTO SOCORRO ADULTO

Especialidade
MEDICA

CRM
16318

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 MÓD. CONSCIENTE, DESORIENTADO, NO MOMENTO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, EQUIMOSE EM OLHO DIREITO, QUEIXANDO DE DOR DE CABEÇA, DOR DE DENTES, TONTURAS, SIC NÃO SE LEMBRA DO OCORRIDO, FOI AVALIADO PELA DRA. JULIANA E SEGUE EM AVIAÇÃO AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA 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 AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO PARA O HSA. SAIU ACOMPANHADO PELA TÉCNICA DE ENFERMAGEM ANA VERA.

RESPONSÁVEL TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

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

PULSO: 80 bpm

TEMPERATURA: 36,0 °C

RESPIRAÇÃO: 20 mm

PRESSÃO SISTÓLICA: 130 mmHg

PRESSÃO DIASTÓLICA: 80 mmHg

RESPONSÁVEL TE: LINDON AUGUSTO RODRIGUES - COREN-CE 334565

SABEM - REC EM 27 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Neves da Costa

RG nº 02144742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detran - CE,

CPF nº 308.182.653-53, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Antônio Isidro de Menezes</u>
Número	<u>104</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>José Geraldo da Cruz</u>
Cidade	<u>Guazinó 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: Guazinó do Norte - CE, 02/04/2018

Assinatura do Declarante: José Neves da Costa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Never da Costa

RG nº 02147742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detnor - 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)	Rua Antonio Lobo de Menezes
Número	104
Apto / Complemento	
Bairro	José Geraldo da Cruz
Cidade	Juazeiro do Norte
Estado	Ceará
CEP	63000-000
Telefone de Contato	(88) 3572-8563/(88) 3572-8571
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: fdNorte-CE, 02 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Never da Costa



DPMAT/RS
19 ABR 2018
S55124000A
MUN

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Never da Costa

RG nº 02147742935 data de expedição 22/12/2015 Órgão Detnor - 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)	Rua Antonio Leobo de Menezes
Número	104
Apto / Complemento	
Bairro	José Geraldo da Cruz
Cidade	Juazeiro do Norte
Estado	Ceará
CEP	63000-000
Telefone de Contato	(88) 3572-8563/(88) 3572-8571
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Jose never da costa



DPMAT/RS
19 ABR 2018
S55124000A
MUN

Nº DO CLIENTE
2314621Este edital é de uso exclusivo dos serviços de distribuição de energia elétrica
desenvolvidos pela Eletrobras Distribuidora S.A.Companhia Brasileira de Comunicação Social
Av. Paulista, 1.000 - Centro
CEP 01315-040 | Fone/Fax: 11-
CNPJ 07.047.291/0001-70 | CGF: 06.005.944-03

573356283

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 0-4 | N°

Nota 05 130600 07 135600 - 3 Data de Emissão 09/05/2019

Nome CICERA DAS DORES FEITOSA SILVA

End. Postal RUA ANTONIO LOBO DE MENEZES 00104
JOSE GERALDO DA CRUZ - JUAZEIRO DO NORTE - 63033160

Medidor 10083625

Poste 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	Provisão Próxima Leitura
Maio/2019	09/05/2019	10/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda: [Qualidade do fornecimento](#)

Conjunto	Mar/2019	EUSD 13,55
Mês	DICRI = 0,00 P	

ICMS

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

	Padrão Individual	Apuração Individual				
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,01	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 18261	18175	1,00	86	0,00	30 56	0,10115 0,11863	5,43 17,48
09/05/19	08/04/19		31 DIAS	86			22,83

DESCRÍÇÃO

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
SEGUR RESIDENCIAL 3 + 1- 0300 600 0560	5,19
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,13)	

VENCIMENTO

16/05/2019

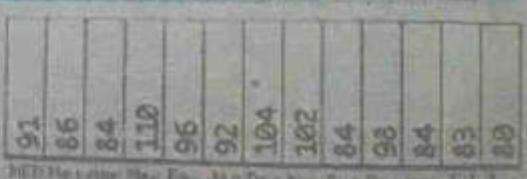
TOTAL A PAGAR (R\$)

29,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,13
Transmissão	0,96
Distribuição	2,13
Encargos Setoriais	1,61
Ibitutas (ICMS PIS-COFINS)	1,99
TOTAL	23,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



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**.

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 José Albenan Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559 467.633.34, 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 Iouaria</u>	Número	<u>1777</u>	Complemento
Bairro	<u>São Miguel</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(88) 3572-8563</u>	CEP

Telefone celular (DDD)
(88) 99316-5693

João Pessoa, 02 de Abril de 2018
Local e Data

José Albenan 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.seguradoraslider.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/DOCORIGINALASPX?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 fazenda 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

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

²Conselho 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 Luij Albennum Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559 467 633 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o N° 308 182 653 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura JUVENTUDE da Vítima José Neves da Costa inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua Santa Iouaria	Número	1777	Complemento
Bairro	Ses Miguel	Estado	CE	CEP
Email	frasfino do Nata	Telefone comercial (DDD)	(88) 382 - 8563	Telefone celular (DDD)

lido Nata CE 02 de Abril de 2018
Local e Data

Luij Albennum Moura

Assinatura do Declarante



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Prazo / Vencimento			
Empregador R. L. PRADO SOARES EIRELI/EPP CNPJ: 000011.1012 ALBERNAN MOURA		CAPACI	Agência	Companhia	Localização
		13.889.732.0001-21	02/05/2012	Fevereiro de 2012	
PIS 123456789988		Caixa	Agência	Corte	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Prazo/Até	Prazo/Até	Percentual
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%			120,00
925	Descontos Gêns				63,00
				Total de Proventos	Total de Descontos
				1.500,00	183,00
					Liquido a Receber
					1.317,00
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRPF
1.500,00		1.500,00	120,00		

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Prazo / Vencimento			
Empregador R. L. PRADO SOARES EIRELI/EPP CNPJ: 000011.1012 ALBERNAN MOURA		CAPACI	Agência	Companhia	Localização
		13.889.732.0001-21	02/05/2012	Fevereiro de 2012	
PIS 123456789988		Caixa	Agência	Corte	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Prazo/Até	Prazo/Até	Percentual
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.500,00		
310	INSS	8%			120,00
925	Descontos Gêns				63,00
				Total de Proventos	Total de Descontos
				1.500,00	183,00
					Liquido a Receber
					1.317,00
Salário Contratual		Base de Cálculo do FGTS	FGTS	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRPF
1.500,00		1.500,00	120,00		

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 Ivajig Albennan Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 559 467.633, 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.

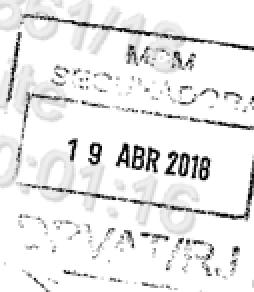
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Santa Ifigênia</u>	<u>1777</u>	
Bairro <u>São Miguel</u>	Cidade <u>Juazeiro 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>

f. do Norte CE 02 de Abril de 2018
Local e Data

Ivajig Albennan Moura

Assinatura do Declarante



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura 02/03/18 LUIZ ALBERNAN MOURA			
Empregador R. L PRADO SOARES EIRELI EPP		CNPJ/CEI 13.369.722/0001-21	Admissão 02/05/2012	Competência Fevereiro de 2018	
Empregado 000011 LUIZ ALBERNAN MOURA		Cargo ADVOGADO(a)	Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
PIS 12546049986	Banco	Agência	Conta	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 02/03/18 LUIZ ALBERNAN MOURA			
Empregador R. L PRADO SOARES EIRELI EPP		CNPJ/CEI 13.369.722/0001-21	Admissão 02/05/2012	Competência Fevereiro de 2018	
Empregado 000011 LUIZ ALBERNAN MOURA		Cargo ADVOGADO(a)	Lotação DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
PIS 12546049986	Banco	Agência	Conta	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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Maria Regiloria Ferreira Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.221.363-128 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Noves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 328.182.653-53, do sinistro de DPVAT cobertura INVADIZ da Vítima José Noves da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 328.182.653-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusa - n/a Renda: Recusa - n/a e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa - n/a 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	Cidade	Número	Complemento
Rua: entorno Walter Honorato Telles		70	Cesqe
Bairro: Jose Goncalves da Cruz	Guarapuava	Estado: Paraná	CEP: 63033-030
Email: <u>ma...@...com.br</u>		Telefone comercial (DDD): <u>11</u>	Telefone celular (DDD): <u>11</u>

25 de JUNHO de 2019
Local e Data

Maria Regiloria Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
 AII UNISUSWEB : 021-4471-1249 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 CEP: 138.162-659-55 RG: 20088+889007 Est.Civil: CASADO
 Filiação - Mae: MARIA NEVES DA COSTA Pai: ANTONIO EUCLIDES DA COSTA

Endereço: RUA LAVRAS DA MANGABEIRA 282 Bairro: SEMINARIO
 Município: CRATO UF: CE CEP: 63103120
 Telefone: 28936040300 Profissão: MOTORISTA Cor: PARDO
 Natural: JURUZEIRO DO NORTE ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend:ANDERSON

Conv.: SOS INTERNADOS Matrícula/CNS: 700003272401707 Titular:

Responsável: CPF:

Médico: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO | Prontuário: 143904
 Clínica: INTERN. CLINICA | Data/Hora.: 15/11/2017 12:19
 Setor: POSTO 1 - EMSA | Qcc/Leito.: 107-07
 Curador: 02 ORGECIA | Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RDA: TCE, Guelha de metacafe (sn) e alcool, Sem capteite.
 Quelha de consinaria. Vomito.

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITIAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV:

AP: :

AARPE:

NEUROLÓGICO: ECG 13. Espasmos. Sem nistagmo

ECG: AO = RV = RM =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE, Hemotaxia subclínica. Jorrinhos | Fret. cutâneo

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____

TRASNF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ALTA EM: 22/11/17
 13.14 acima temos.

PACIENTE / RESPONSÁVEL: DOMÉNICO FELIPE COSTA MEDICO (e): 005211 JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

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

REALIZADO CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA

15/11/17

MENINHA

Técnico



19 APR 2018

DPVAT/RJ



RECEITUÁRIO

MIKAI
NEVES DA COSTA

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

MIKAI NEVES DA COSTA
Prof. R: 463492
CORPORE CLINICA DE REABILITACAO INTEGRADA
SAO LUIZ, 270
385281 - ISAAC QUESADO ALENCAR
FISIOTERAPEUTA GERAL

MBM
SEGURADORA
19 ABR 2018
OPVAT/RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR

COMPROVANTH DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO (NORMAL)

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

USU: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROF. SOL: 463492 - PADRAO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700003272481707
ID: 476555 Pfront:
Usuário: JOSE NEVES DA COSTA
Dta. nasc.: 28/09/1987 Idade: 30 SEXO: M
Nome mãe: MARIA NEVES DA COSTA
Nome Pai:
End: ANTÔNIO LOBO DE VENEZES, 104 CEP: 63033160
Bairro: JOSE 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: 1065175
USP: CORPORE CLINICA DE REABILITACAO INTEGRADA
End: SAO LUIZ, 270
Bairro:
contato:
Prof. R: 385281 - ISAAC QUESADO ALENCAR
Esp.: FISIOTERAPEUTA GERAL

DATA
MARCADA QTDE
28/12/2017 20

PROCEDIMENTOS

0302060022 - ATENDIMENTO FISIOTERAPUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS
SISTEMICAS

OBS.: Não informado

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

OBS(Unidade): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCOPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESÍ

REGISTRADO

A VOGAL DO BRASIL
CORREIO MECÂNICO

De São Paulo para Caxias.

AO AUTO PEDEIRAS

20.04.19

REGISTRO DE ENTRADA
CORREIO MECÂNICO



Rua Capitão Andrade, 57 - Centro - Caxias do Sul - RS 96300-020



MEM SEGURADORA
19 ABR 2010
DPVAT/RJ



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-espinholoso: 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 da CBR/SBUS
CRM 10062





RECEITUÁRIO

José Neves da Costa

Solicito:

Consulta clávicolista
Dn. Maciel Pitta

Justif. Alívio c/ dor no

04.04.2018
Médico Ortopedista
Dr. Maciel Pitta

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

USU: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROF. SOLA: 463492 - PADRÃO

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700003272435707
ID: 475555 Pront.:
Usuário: JOSE NEVES DA COSTA
Data nasc.: 29/09/1967 Idade: 50 SEXO: M
Nome: MARIA NEVES DA COSTA
Nome Padrão:
End: ANTONIO LOBO DE MENEZES, 104 CEP: 58011166
Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Serr telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada: Terça-feira, 09 de Janeiro de 2018
Hora: 13:00:00
Aut.: 2018010500131 CONTROLE: 1069917
USU: POLICLÍNICA TASSO RIBEIRO JERIBIATI
End: SAO PEDRO, S/N
Bairro: SANTA TEREZA
contato: Telefone(s): 885123262 / 8835122491 Fax:
Prof. R: 463091 - MARCEL DE ALENCAR PITTA
Esp.: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

DATA MARCADA QTDE

09/01/2018 1 0301010072 - CONSULTA MÉDICA EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADA

OBS.: Não informado

OBS.(Sistêmica): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGA UMA FOTOCÓPIA DA IDENTIDADE, CARTÃO DO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.

codigo_barra



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO(NORMAL)

OPERADOR: MIKAEL em 27/12/2017 às 14:49:56
COMPETÊNCIA: 2018/1

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

DADOS DO USUÁRIO

Cartão SUS: 700003272481707
ID: 475555 Pront.:
Usuário: JOSE NEVES DA COSTA
Dta. nasc.: 29/09/1967 Idade: 50 SEXO: M
Nome mãe: MARIA NEVES DA COSTA
Nome Pai:
End: ANTÔNIO LOBO DE MENEZES, 104 CEP: 63033160
Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Sem telefones para contato.

AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO

Data Marcada:	Terça-feira, 02 de Janeiro de 2018
Hora:	06:30:00
AUT:	2017122700382 CONTROLE: 1865175
USP:	CENTER IMAGEM
End:	RUA SÃO PEDRO - ANEXO AO TASSO RIBEIRO JEREISSATI (HTRJ), S/N
Bairro:	SANTA TEREZA
contato:	Sem telefones para contato.
Prof. R:	54369 - EDMILSON MARTINS DE LIMA JUNIOR
Esp.:	MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMA

DATA MARCADA/ODE

02/01/2018

PROCEDIMENTOS

0205020062 - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO

OBS.: Não informado

OBS(Sistema): NO DIA DO ATENDIMENTO LEVE CONSIGO UMA FOTOCÓPIA 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 Norte

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS/CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE.**

RECEITUÁRIO

first news castle

Sacred

1) VSG DE OMERO. ⑤

ffs: send to mmpm Robert

~~DR. MARIE PITA
Oncoplastic Breast Surgery
CANCER TEST 12413~~

24/12/19

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
CENTRAL DE MARCAÇÃO E REGULAÇÃO - CMR

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 hemorragica.

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 hemorragica.

- Hematoma na região fronto-orbitária direita.

DR. RAPHAEL JUSTO CAVALCANTE
MÉDICO RADIOLÓGISTA
MEMBRO DO COLEGIADO BRASILEIRO DE
RADIOLÓGIA
CRM CE-17082

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.


CÁSSIA SARAIVA SARAIVA
MÉDICA RADIOLÓGISTA
CRM-CE 10283



Bárbalha-CE
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 16/11/2017 12:29 ATENDIMENTO.: 414690
PACIENTE: 143904 JOSE NEVES DA COSTA
UNIDADE.: PA RMSA LEITO.: CÓVENIO : SUS AMBULATORIAL

EVOLUÇÃO:
ADMISSÃO

HD: TCE

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

APP:

AO EXAME:

-GERAL: BEG, CORADO, HIDRATADO, AAA
-NEURO: LOTE, GLASGOW 12, PIFR, SEM DEFICITS MOTORES
-ACV: RCR 2º 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
CPG - 092-0002-163-19

ANTONIO MARCOS MOREIRA DA SILVA FILHO
CRM:3750-CE

ECG 13. Normais. Sem gral fach
TC: Nao havia bisterol + fractura da clivis
oste conservada. Sem evidencia de edema
menosclínico

Dr. Antonio Marcos Moreira S. Filho
MEDICO
CRM - 3750
CPG - 092-0002-163-19





Santo Antônio

PHONE 88 35327780 / www.forsamed.br BARBALHA-CE

Evolução de Enfermagem

DATA/HORA: 22/11/2017 08:06 ATENDIMENTO: 414691 PRONT.: 143904
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, SOS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Paciente acorda de sono e vai para a sala de musicas

MARIA VIRLANIA T. CRUZ

COREN-CE618022

Endereço dos Santos
Tec de Enfermagem
Nº COREM-867413



Período: 15/11/2017 09:00:10 à 16/11/2017 11:32:43

Dados Clínicos - Enfermagem

JOSÉ NEVES DA COSTA

Data de Nascimento: 01/03/1967 Idade: Nome da mãe:

50 Ano(s) MARIA NEVES DA COSTA

Sexo: Feminino

16/11/2017

Profissional Responsável:

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

Prontuário:

272478/0002

Quarto/Letra:

/

CRM:

16318

Sector:

PRONTO SOCORRO ADULTO

Especialidade:

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 DE DOR DIREITO, FONTURAS, SIC NÃO SE LEMBRA DO OCORRIDO, FOI AVALIADO PELA DRA. JULIANA E SEGUE EM OBSERVAÇÃO AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA PARA O HSA EM BARBALHA.

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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 15/11/2017 11:30:40

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

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

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

PULSO: 80 bpm

TEMPERATURA: 36,0 °C

RESPIRAÇÃO: 20 evm

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

Pronto-Socorro Atendimento Nome do Paciente
272478 0002 JOSE NEVES DA COSTA

Documento(s) Identidade: 20069889007
Data de Nascimento: 29/09/1967 Local: JUAZEIRO DO NORTE/CE

P. ANTONIO EUCLIDES DA COSTA
Endereço: RUA JOCEL PINHEIRO, 118
Município:

Bairro: RECREIO
Cidade: Empresario
CPF do Responsável
Endereço: RUA JOCEL PINHEIRO 118

MAR
MARIA NEVES DA COSTA
CEP: 63100-000
Município: CRATO
Cônjugue

CNS: 162195292790007
Estado Civil: Solteiro(a)
Idade: 50 Ano(s)
UF: CE Telefone: 88 88175775

Autorizável: O MESMO CPF do Responsável Endereço: RUA JOCEL PINHEIRO 118 Município: CRATO UF: CE

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: CRM/UF
CRM/UF: 16318/CE
Funcionário: JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA

CID:

Tipo Atendimento: CONSULTA DE URGENCIA

Observação:

Salvo Data/Hora Liberação: 15/11/2017 08:48 Tipo de Sádico: Alta

Sinais Vitais:

Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (impm) PA (mmHg)

Classificação de Risco:

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

Responsável pela Classificação: GIVANDA 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.

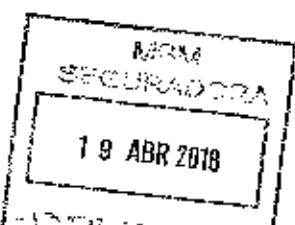
APRESENTA EQUIMOSE EM OLHO DIREITO

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

CD:
11 TC DE CRÂNIO - HOSPITAL SANTO ANTONIO

JULIANA PONCIANO LEITE DE OLIVEIRA - CRM: 16318

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO





SÃO CAMILO

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES
INTERNAS OU EXTERNAS

NOME: Dr. Wili de Coira

PROFISSÃO:

LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

MÉDICO:

CONVÉNIO:

UNIDADE DE ORIGEM:

HMSFW

UNIDADE DE DESTINO:

HSW

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 15 / 01 / 17

HORA: 03 h 44 min

SINAIS VITAIS: PA: mmHg | FR: 18 ipm | T: 36 °C | FC: 10 bpm

Arterias? NÃO SIM Qual?Suporte de O2? NÃO SIM Qual?Acessos Vasculares? NÃO SIM Qual?Bandagens? NÃO SIM Qual?Urticárias? NÃO SIM Descreva:Ostomias? NÃO SIM Descreva:Lesão de Pele? NÃO SIM Descreva:Outros Dispositivos? NÃO SIM Descreva:Curativos? NÃO SIM Descreva:Colamento? NÃO SIM Descreva:Familiares Crônicos? NÃO SIM Descreva:Medicamentos Assistente
Informante? NÃO SIM Qual o nome do Médico:Atenção Pendentes? NÃO SIM Descreva: + C da aúus

Recomendações:

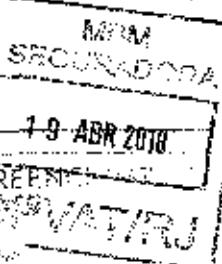
INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

NOME

RESPONSÁVEL PELO PRESENTE:

Dr. Júlio Peres Lins

Assistente



NOME/CARIMBO

DATA DO QUADRO CLÍNICO:

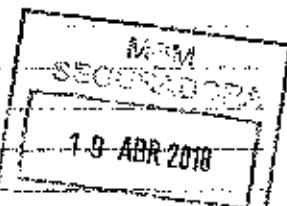
• Paciente, vítima de acidente
de trânsito, apresentando quadro
de hemorragia no olho direito.
O paciente é do sexo masculino, que
apresenta lesão óptica direita e tem
a espalma.

DATA DE ATENDIMENTO:

01/04/2019
Unidade de Emergência
Centro (63) 3281-5000

UNIVERSITÁRIO 3281-5000 2019

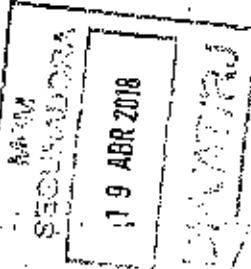
3281-5000 3281-5000
Centro



UNIV. S. JOSÉ

RECEITUÁRIO

Nº 1678



NOME:

apóis novas da lente

		Estérigo	Cilíndrico	Eixo	DP
Longe	OD	+5,50	-1,50	20	OD / OE
	OE	+5,00	-1,75	170	
Perto	OD				Altura
	OE		+2,50		

MÉDICO

STARLUX LIBERTY TRANSITIONS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 10.243.406/0001-59

RECEITUÁRIO

PJ José Neves da Costa

Para:

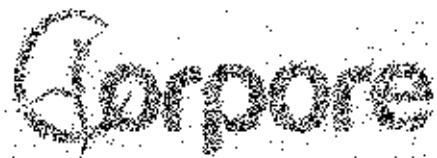
Ataliações com Ortopedista.

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 Espinal após acidente de moto.

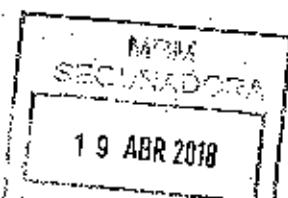
CorpoRe - Clínica de
Reabilitação Integrada
21010783

Viviane Coelho Figueira

Viviane Coelho

Crefito-151221 -F

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

CE N° 013194915060 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO ORVAL
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.**

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SETOR OPERAÇÃO	
OBSERVAÇÕES	
DATA DE REFERÊNCIA	
LOCAL	DATA
FARLAS BRITO	06/05/2014
	
Igor Ponte Superintendente	DETTRAN-DF



MPM
SECULADORA
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



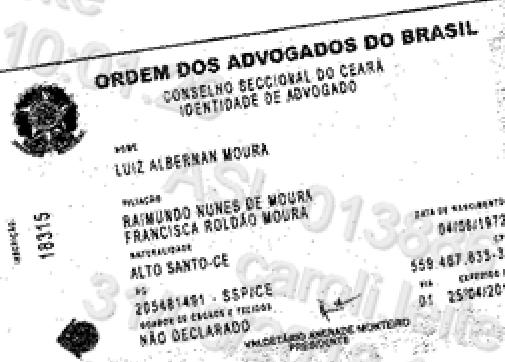
ASL-0138861/18
caroli.leite
31/08/2018 10:01:26

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







MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

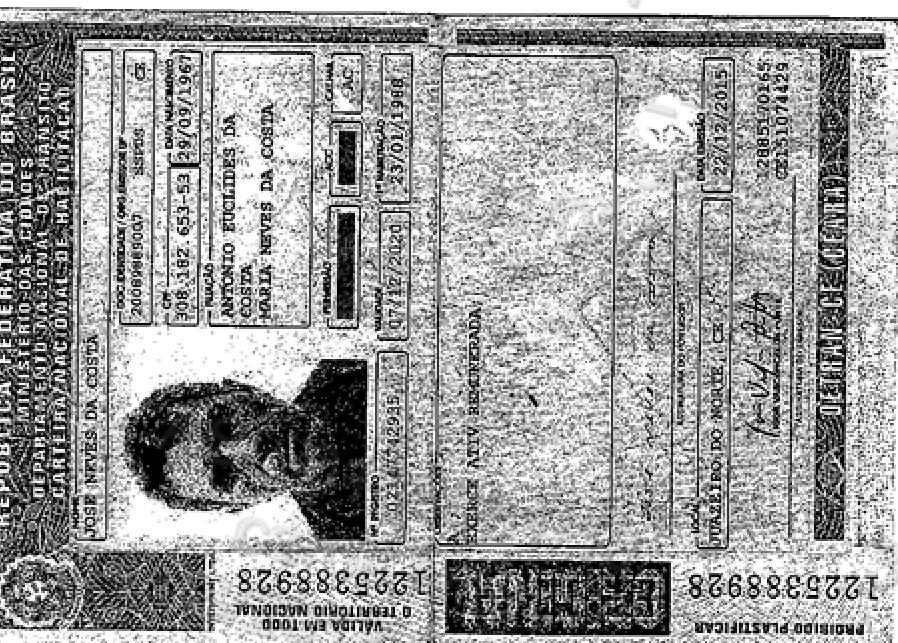
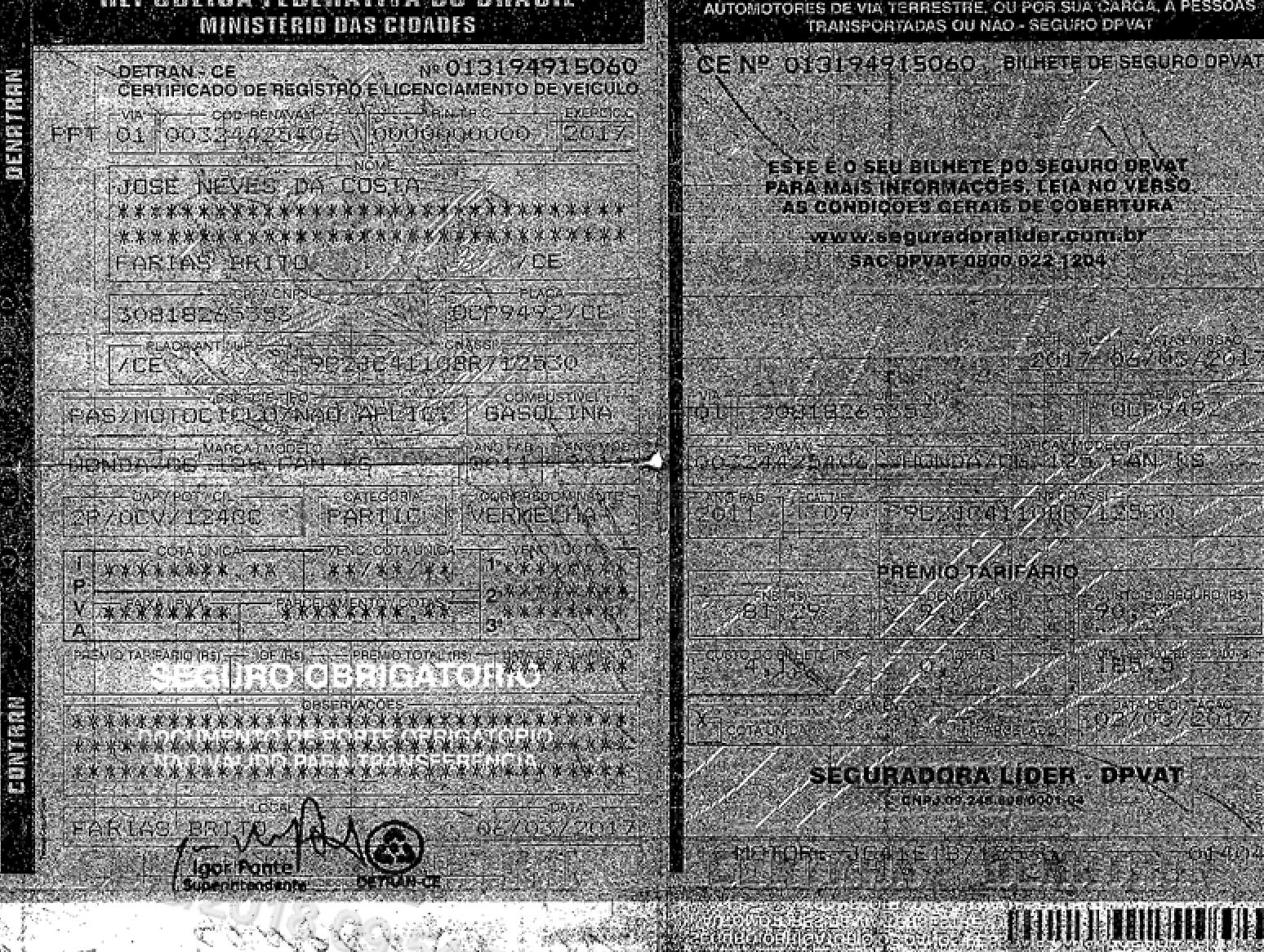
042.221.363-28

Name

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 014138655430
PFT 01 324925408 COD. HENAVAN EXERCÍCIO 2018

JOSE NEVES DA COSTA
FARIA'S FRETTO /CE
30018265353 OF/OFPLA
PLACA 0CF9492/CE

ESPECIE IPB
PLACA ANT./OF.

9C2JEC4110BR712530
MARCA / MODELO
ANO/FAB.

HONDA/CG 125 FAH KS
GAP/POT/OL
2F/GCV/124CC
CATALOGO
PÁKETIC
VERMELHO

COMBUSTÍVEL
GÁSOL/THG
ANO/MOD/OF
2011 2011
ODOR PREDOMINANTE

1000000 UNICA
1000000 KM
PARCELAMENTO / GOTOS
30X

PREMIO (R\$) 1000000

LOCAL
FARIAS BRITTO
Igor Ponte
DATA
24/05/2018
DESPALCE

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

CE Nº 014138655430 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

30018265353
0CF9492/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
5821425577

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/05/2018

PLACA 0CF9492
MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAH KS
Nº CHASSI 3224235406

ANO/FAB. 2011
QNTD/MESES 12
PARI 9C2JEC4110BR712530

PRÉMIO TARIFARIO
DETTRAN (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)
1000000
DATA DE PAGAMENTO
05/10/2018

PAGAMENTO
PARCELA
00/00/0000

PAGAMENTO
PARCELA
00/00/0000

PRÉMIO TARIFARIO
DETTRAN (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)
1000000
DATA DE PAGAMENTO
05/10/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 05.248.668/0001-04

07255

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Caudas do Seguro DPVAT

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 Freiberger de Figueiredo
CPF: 015.382.240-62

JOSE NEVES DA COSTA

Jason Freiberger de Figueiredo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 Freiberger de Figueiredo
CPF: 015.382.240-62

JOSE NEVES DA COSTA

Jason Freiberger de Figueiredo

MBM
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)

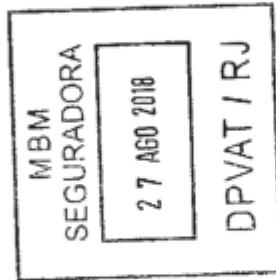
AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE-CE

CEP: 63033-027



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

Valorização 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 CONCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, SEM ALTERAÇÃO AO EXAME FÍSICO
médico pericial:

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 FRONTOPIRIETAL 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:

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: 308.362.653-53
Endereço: RUA: ANTONIO 2030 DE MENEZES 304, J.C.DOCAS

OUTORGADO:

Nome: LUIZ ALBERMAN ROCHA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: FERRO GIRO
Identidade: 205481441 CPF: 559.467.633-34
Endereço: RUA SANTA LUCIA, 00 3771, BAIANO 341 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 José Neves da Costa

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

José Neves da Costa

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

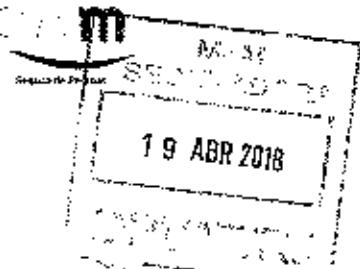
3º OFICIO



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 751 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3611-9224 / 3657-1957 - www.cartorio.viana.ce.gov.br
Bairr. Igreja Matriz de Francisco Viana - Ibira

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

CART. 3º OF. VIANA - 3º OFÍCIO
Anderson Tenório Souza
ESCREVENTE





O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE NEVES DA COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTOPISTAO
Identidade: 20089889007 CPF: 308.362.453-53
Endereço: Rua: ANTONIO LOPEZ MENDES 304, J. G. DACEWIC

OUTORGADO:

Nome: LUIZ ALBERNAN MOUREN
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 20548149L 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, 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 José Neves da Costa

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

José Neves da Costa

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

3º OFÍCIO



CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0029 / 3507-1867 - www.cartorioviana.com.br
Bol. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

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

CART. 3º VIANA - 3º OFÍCIO
Andresson Tenório Coquinho
escrevente



77 PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: José Neves da Costa
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: Casado
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 20028988900 CPF: 308.182.653-53
Endereço: R. Antônio Lobo de Melo nº 104 Bairro: José Geraldo da Cruz
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63033-160
Data do Acidente: 15/11/2017 Cobertura: INVALIDEZ

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, José Neves da Costa

Juazeiro do Norte, 05 de Junho de 2019.

José 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/11/2017

Titular do CPF: JOSE NEVES DA COSTA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

KARINE SANTANA ROMUALDO