

DOCUMENTO 2 "12%"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos Fernandes Neves Junior
RG nº _____, data de expedição _____,
Orgão _____, portador do CPF nº _____, com
carteira na cidade de Rio de Janeiro, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
St. Teófilo nº 50.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisca Teresina Trues cujo o condutor era
Marcos Fernandes Neves Junior.

Veículo: motoc

Modelo: HONDA

Ano: 2006

Placa: HXG 6034

Chassi: QCJKC08106R953704

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____

Marcos Fernandes Neves Junior
Assinatura do Declarante

Marcos Fernandes Neves Junior

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



FICHA E NOTAS ANEXO DE	Reconheço a assinatura por ☒ AUTENTICIDADE ISENÇÃO de <u>MARCOS</u> <u>FERREIRA NEVES</u> <u>01/10/11</u> VÁLIDO SOLENTE ARQUIVADO DE 24/09/2016 G. <u>Celso Gomes da Silva</u> <u>19/10/2016</u>
------------------------------	---

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ 2016

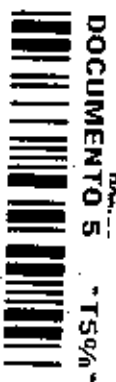
[Handwritten signature]



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARNEIROZ



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:34
RECEITUÁRIO MÉDICO
ATESTADO



Atesto para
que a Francisca Farias
Vasques, portadora do CPF nº 0076589/15
telemobilidade por 90
dias, com 11
anos, para tratamento
médico, em virtude de
doença crônica, com
tratamento contínuo,
e para obter
o tratamento
médico, em
virtude de
doença crônica,
e para obter
o tratamento
médico, em
virtude de
doença crônica.

SL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:34
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:34

14/06/2015
Data
Assinatura CRM - CRO

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MED. SEO E DE TODOS!

VIA GRÁFICA - (85) 9070 8292

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:34
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECIBO JUN-2015
02/06/2016 08:55:34

CÓPIA

ASL-0076539/15
tatazinha.matos
02/08/2016 08:55:44
Ferreira Reis 64a

Acidente Ati 07/12/2014.
traumatis móto, outro esquiado
feito de mobilização
Redução de 100% dos movimentos
incapacidade temporária de
exercer atividades

ASL-0076539/15
tatazinha.matos
02/08/2016 08:55:44
ASL-00703
tatazinha.matos
02/08/2016 08:55:44

ASL-0076539/15
tatazinha.matos
02/08/2016 08:55:44

ASL-0076539/15
tatazinha.matos
02/08/2016 08:55:44

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 28 SET 2015
02/08/2016 08:55:44

CÓPIA

09/02/2016 09:07
terezinha



DOCUMENTO 5 - 75%

09/22/2016

02/06/2016 08:55:34
09/12/2016 08:55:34

The top header of the receipt features three logos. On the left is the logo of the Conselho Municipal de Saúde (Municipal Health Council). In the center is the coat of arms of the State of Ceará. On the right is the logo of the Hospital Municipal de Arneiroz. Below these logos, the text reads: "ESTADO DO CEARÁ", "PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ", "SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE", and "HOSPITAL MUNICIPAL DE ARNEIROZ".

[illegible]

COMBATE A DENGUE: UM DEVER NAQ. SED N DA TODOS!

YPA GRAFICA - (02) 6970 6292

09/12/2016 08:55:34
09/12/2016 08:49:22

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A**

RECEIVED 27 JUN 2015

ASL
RECEIVED JUN-2015
1989
02/08
09/12/2016 08:55:34
08:49:25

CÓPIA

CÓPIA

6



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CÓDIGO DATA MÊS / ANO REG.

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

NOME DO PACIENTE Francisco Ferreira Nery IDADE 64 SEXO F DATA NASCIMENTO 21/01/1950
PROFISSÃO APOSENTADO IDENTIDADE 1778420-89 PROCEDÊNCIA
FILIAÇÃO ANTÔNIO JULIANO NETO / MARIA FERREIRA LIMA MUNICÍPIO ARNEIROZ - CE
ENDEREÇO TAPERA - ARNEIROZ - CE BAIRRO

PRÉ-CONSULTA
APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ OBSERVAÇÃO ☐ GRAVE ☐

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
PA - 180 x 120
sem sintomas
do local
Regra Albergis

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO
RESIDÊNCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐
AMB. RETORNO ☐ RECLUSÃO INTERNAÇÃO ☐
LEITO OBSERVAÇÃO ☐ REFERÊNCIA ☐
INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 DEZ 2016

ASL-0905251/16
miniam.maia
09/12/2016 08:48:57

ASL-0905251/16
miniam.maia
09/12/2016 08:48:57

RECEITUÁRIO

BE/Prontuário

Atestado Médico:

Atesto para o Sr. FRANCISCA FRANKINA NUNES, de idade 08 meses, com diagnóstico de SÍNDROME DE DOWN, com acompanhamento médico em AOM.

ASL-0905251/16
miniam.maia
09/12/2016 08:48:57

ASL-0905251/16
miniam.maia
09/12/2016 08:48:57

ASL-0905251/16

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Médico Residente
Especialista em Traumatologia
CRM-14657

Data: 19/11/15
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O DIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.003 Versão 1 - 01/07/06 - Via Ótica - Formato AS (140x210).

ASL-0905251/16
miniam.maia
09/12/2016 08:48:57

ASL-0905251/16
09/12/2016 08:48:57
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI
20 JUN 2016
11:11:52
Nome:

CÓPIA



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

NOME		RUBRICADO		DATA		LOCAL	
ANTONIO JUANES PEREIRA		[Signature]		08/05/89		TAPERA - ARNEIROZ - RS	
IDENTIFICACAO		CPF		CATEGORIA		SITUAÇÃO	
085525		1728470-89		008		[Blank]	
PARENTESCO		FILHO		MATERIA		FISICA LINDA	
TAPERA - ARNEIROZ - RS						Arneiroz - RS	

AS PRE-CONSULT

[illegible][illegible]

[Handwritten scribbles and stamps are visible at the top of the page.]

02/06/2002 SAOT (EXAME) COMPLETADO	75 SAOT (EXAME) COMPLETADO	CONTEVEZOSOS E PREVIDENCIA SIA 237705 S
--	--	--

[illegible]

00:00:44 CÓPIA	00:05:44 CÓPIA 7
------------------------------	---------------------------------------

— CÓPIA

CÓPIA 7

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

64a

Acidente 07/12/2014

Acidente 07/12/2014
0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

100% dos movimentos

Redução de 08% da capacidade de

incapacidade de atividades

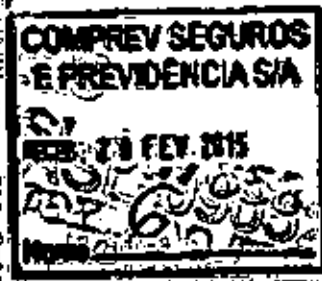
ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25

ASL-0076580/15
Tereza Maria Mendes
12/08/2016 03:55:44
09/12/2016 08:49:25



CÓPIA

CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

A

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ TAUA-Ce

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MOLESAZ DIREITO

Francisca Ferreira Neves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nº de inscrição

300247143-72

Data do Nascimento

28/08/50

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

09 DEZ 2016

[illegible]

Francisca Ferreira Reis
Arneiro - 64a

Acidente em 07/12/2014.

Traumatismo no ombro esquerdo
feito Rx. Imobilização.

Redução de 100% dos movimentos
incapacidade temporária de
exercer atividades.

Em 03
01
15


Dr. Maria S. Gomes
CRM 111212

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 28 FEV 2015
Nome <u>6</u>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moacir Fernandes Neves Junior

RG nº _____, data de expedição _____

Orgão _____, portador do CPF nº _____, com

residência na cidade de Rimini, no Estado deCeará, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)St. Tapera nº 51,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisca Teófilo Neves cujo o condutor eraMoacir Fernandes Neves Juniorveículo: MotoModelo: MONDAAno: 2006Placa: MXG 6034Chassi: QC2KC08106R958709

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Moacir Fernandes Neves JuniorAssinatura do Condutor: Moacir Fernandes Neves Junior

Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro:



FÓRUM E NOTAS ANEXO DE VALIDO SOLENTE	Reconheça a FIRMA por ☒ AUTENTICIDADE
	SENTELHANÇA de <u>Moacir</u>
	<u>Fernandes Neves</u>
	<u>Junior</u>
VALIDO	Até 28.09.2016
SOLENTE	Cartório de Ofício de Notas
COM Selo de Autenticidade	

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

19 DEZ 2016



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CÓDIGO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
011111	01/12/1964	F

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Francisca Ferreira Nery	64	F	21/8/1951
PROFISSÃO	IDENTIFICADORA	PROCEDÊNCIA	
ARRENTADA	1778420-89		
ENDEREÇO	Bairro	MUNICÍPIO	
ARMANDO JÚLIO NETO / MARIA FERREIRA LIMA		ARNEIROZ - CE	
TAPETA - ARNEIROZ - CE			

PRÉ-CONSULTA

ATENDIMENTO EM

☐

REGULAR

☐

OBSERVAÇÃO

☐

GRUPO

☐

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

PA - NEX 100

Transtorno emocional e

Alta Alérgica - dor local.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO			
RESIDÊNCIA	☐	TRANSFERÊNCIA	☐
AMB. RETORNO	☐	RECURSO INTERNAÇÃO	☐
LEITO OBSERVAÇÃO	☐	REFERÊNCIA	☐
INTERNAÇÃO	☐	OUTRO	☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

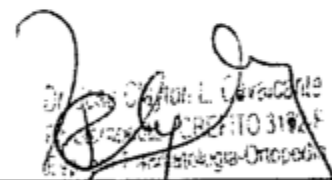
19 DEZ 2016

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: ATESTADO

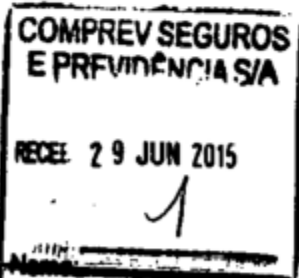
Atesto para os senhores
que a Francisca Ferreira
Neres, de idade de 40 anos, vítima de acidente
com motocicleta, sofreu
fratura do osso do maxilar
inferior, imobilizada por 90
(noventa) dias. Luciana
disosterepina, estando com 11
milímetros de função sinuista
nos movimentos do osso
e diminuição da força.
Deve obter melhoras
sem o uso de função
movimentos do osso, quais
com certeza em 15 dias
com sequelas.

14,05,2015
Data


Assinatura CRM - CRO

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!

VRA GRÁFICA - (99) 9970 6292



DOCUMENTO 1 7100

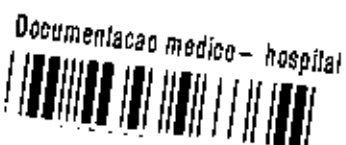


Dr. José Alano Benevides de Lima

Ortopedia e Traumatologia

CRM 10807 – TEOT 12852

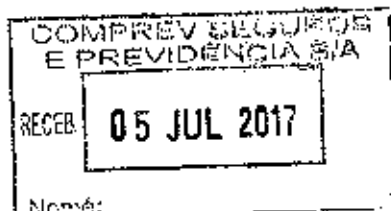
FRANCISCA FERREIRA NEVES



ATESTADO MÉDICO - DPVAT

ATESTO QUE A PACIENTE ACIMA REREFERE ACIDENTE DE MOTO EM DEZEMBRO DE 2014, COM FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO, REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA). ESTÁ DE ALTA MÉDICA NO MOMENTO, COM SEQUELAS DEFINITIVAS DE DOR CRÔNICA E DE LIMITAÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO ÔMBRO ESQUERDO (APROXIMADAMENTE 40% DE PERDA, PRINCIPALMENTE ABDUÇÃO DE 80° ELEVACÃO 80°, ROTAÇÃO INTERNA DE 50°). SOLICITO AVALIAÇÃO DPVAT.

CID: S42.2



26/06/2017.

Dr. José Alano Benevides de Lima
CRM 10807 TEOT 12852
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia

JABL

Dr. José Alano Benevides de Lima
CRM 10807 TEOT 12852
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia



Dr. José Alano Benevides de Lima

Ortopedia e Traumatologia

CRM 10807 – TEOT 12852

FRANCISCA FERREIRA NEVES

ATESTADO MÉDICO - DPVAT

ATESTO QUE A PACIENTE ACIMA REREFEE ACIDENTE DE MOTO EM DEZEMBRO DE 2014, COM FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO, REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA). ESTÁ DE ALTA MÉDICA NO MOMENTO, COM SEQUELAS DEFINITIVAS DE DOR CRÔNICA E DE LIMITAÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO ÔMBRO ESQUERDO (APROXIMADAMENTE 40% DE PERDA, PRINCIPALMENTE ABDUÇÃO DE 80° ELEVACÃO 80°, ROTAÇÃO INTERNA DE 50°). SOLICITO AVALIAÇÃO DPVAT.

CID: S42.2

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB.	05 JUL 2017
Nome: _____	

26/06/2017.

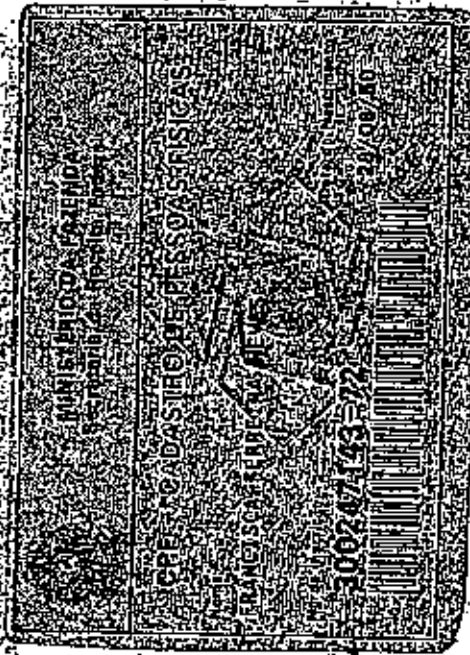
Dr. José Alano Benevides de Lima
CRM 10807 TEOT 12852
Ortopedia e Traumatologia
Rua Octávio

JABL

Dr. José Alano Benevides de Lima
CRM 10807 TEOT 12852
Ortopedia e Traumatologia
Rua Octávio



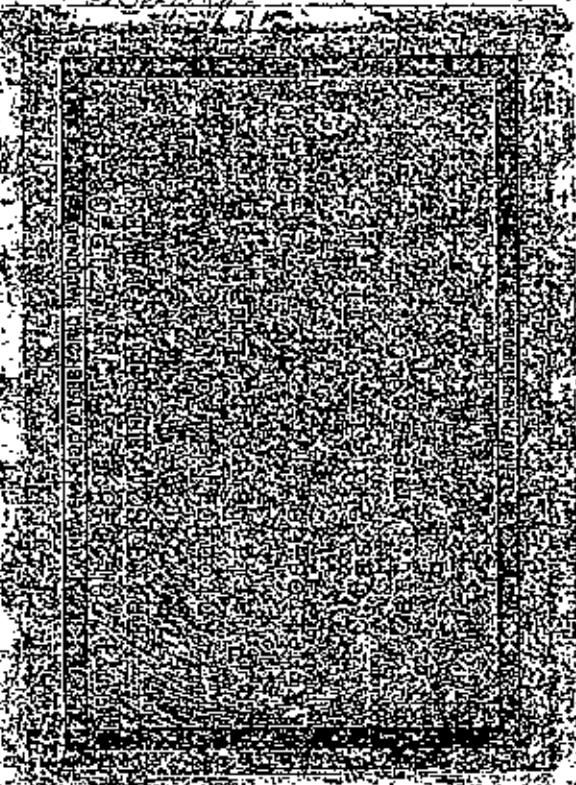
ASL-0076589/15
terezinha
02/06/2016



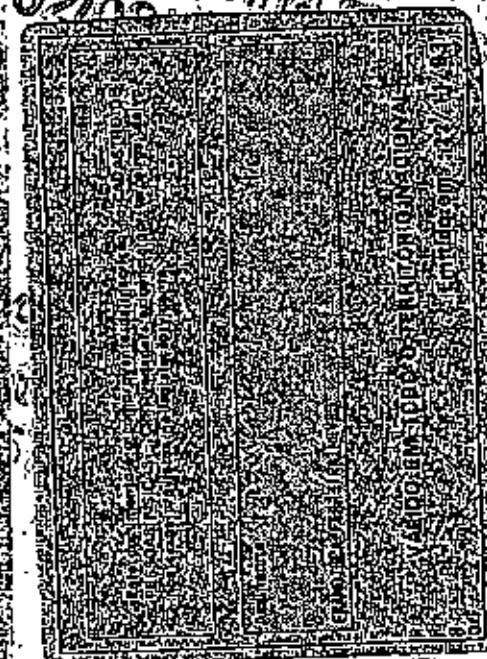
5
39

07:39

ASL-0076589/15
terezinha
02/06/2016



ASL-0076589/15
terezinha
02/06/2016



39

ASL-0076589/15
terezinha
02/06/2016 08:57:39

ASL-0076589/15
terezinha
02/06/2016

CÓPIA

COMPREV/SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA	
RECEB	21 FEV 2015
Nome: _____	

REGISTRO GERAL 1778420-89 **DATA DE EXPEDICAO** 12-03-89

Nome FRANCISCA FERREIRA NEVES

Relação Antonio Julião Neto
Maria Ferreira Lima

Naturalidade Arneirós-Ce. **DATA DE NASCIMENTO** 28-08-50

DOC. ORIGEM C.Cas.248, Lv.9, Fls.165
Cart. Arneirós-Ce.

Assinatura *[Assinatura]* **Assinatura do Diretor** *[Assinatura]*

LEI Nº 7.118 DE 24-06-83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a emissão por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *[Assinatura]*

FRANCISCA FERREIRA NEVES

SER

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 22/11/93

DOCUMENTO 6 *T646*



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

09 DEZ 2016

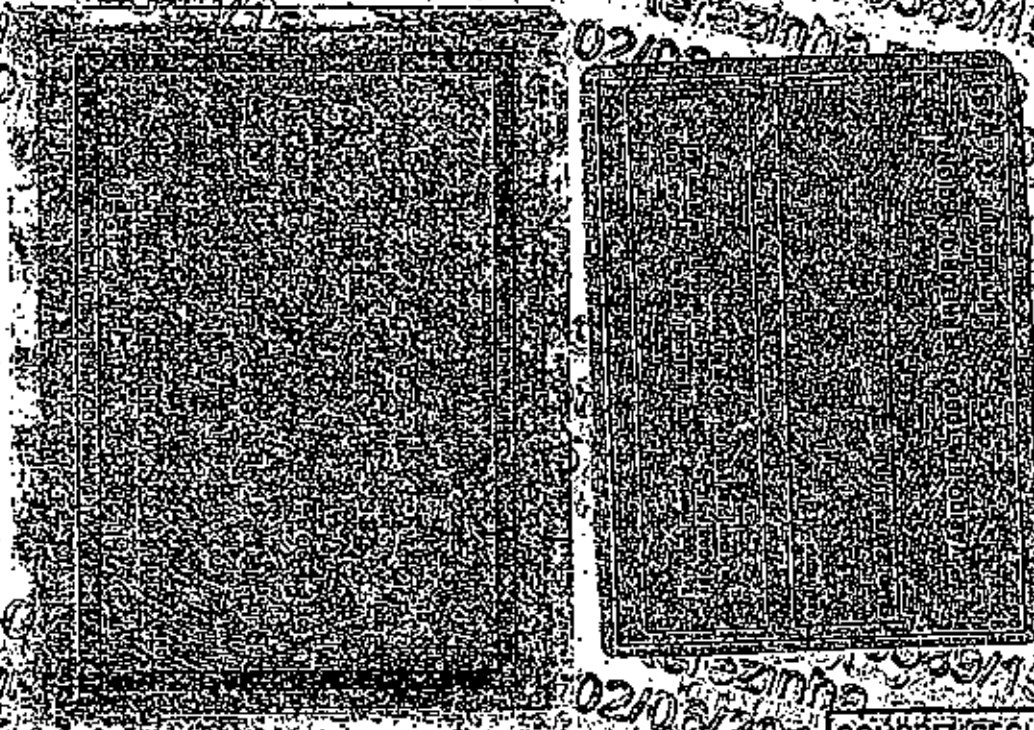
COLUNA 157
COLUNA 158

ASL-0
ASL-0
terez
09/12/2016
02/06/2016



AASL-0076585
terez
09/12/2016
02/06/2016

ASL-0076585/156
terezinha
02/06/2016



AASL-0
terez
02/06/2016
09/12/2016
08:57:39
08:49:58

terezinha
02/06/2016
09/12/2016

CÓPIA

COMPREV SEGUROS	
E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB	21 FEV 2015
Nome	

CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

FRANCISCA FERREIRA NEVES

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nº de Inscrisão: 300247143-72

Data de Nascimento: 28/08/50

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

22/08/50

FRANCISCA FERREIRA NEVES

Assinatura: Francisca Neves

0,08, 21,08, 21,08, 21,08, 21,08

Cartão de Identidade

FRANCISCA FERREIRA NEVES

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS e deve ser apresentado sempre que solicitado nos casos previstos no Regulamento.

Assinatura: Francisca Neves

FRANCISCA FERREIRA NEVES

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 22/11/93

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 27 FEV 2015

Nome

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nº de inscrição
300247143-72

Data de Nascimento
28/03/50



DOCUMENTO 4 "14%"



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

19 DEZ 2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nº de inscrição
300247143-72

Data de Nascimento
28/03/50



1778420-89 Data: 12-03-89
FRANCISCA FERREIRA NEVES

Antonio Julião Neto
 Maria Ferreira Lima

Arneirós-Ce. 28-08-50

C.Cas.248, Lv.9, Fls.165
 Cart. Arneirós-Ce.

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nas casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: FRANCISCA FERREIRA NEVES

FRANCISCA FERREIRA NEVES

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 22/11/83



1778420-89 Data: 12-03-89
FRANCISCA FERREIRA NEVES

Antonio Julião Neto
 Maria Ferreira Lima

Arneirós-Ce. 28-08-50

C.Cas.248, Lv.9, Fls.165
 Cart. Arneirós-Ce.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 22/11/83

1778420-89 Data: 12-03-89
FRANCISCA FERREIRA NEVES

Antonio Julião Neto
 Maria Ferreira Lima

Arneirós-Ce. 28-08-50

C.Cas.248, Lv.9, Fls.165
 Cart. Arneirós-Ce.

3100336299

02/11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE
CERTEFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
ISME 01 1388939189071 00000000000 2008

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ST 10 TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63-670-000 ARNETROZ - CE

00942105354 HX06034

002K00B106R958707

PAS/MOTOCICLO DYNADO APL 16 GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS 2006 2006

2P776V/14906 PARTIC PRATA

COYAGNERA VENC/COTA UNICA VENC/COTA 3

PAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS

PRESTAMOS ANUOS PRECOTOAGHON DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

COSEMAQUES

LOCAL: LOS AGUILAS CP: 00000 DATA: 15/12/2008

ARNETROZ

CE N° 7356523362 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOME/ENDEREÇO

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ST 10 TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63-670-000 ARNETROZ - CE

00942105354 HX06034

BILHETE DE SEGURO DPVAT
CE N° 7356523362 EXERCICIO 2008 DATA EMISSAO 15/12/2008

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ST 10 TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63-670-000 ARNETROZ - CE

00942105354 HX06034

002K00B106R958707

HONDA/CG 150 TITAN KS

2006 09V 63-670-000 ARNETROZ

Seguradora Líder em Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

INTE/DOC 09-248-608/0001-04

MOTOR: KGOBE1958707

DOCUMENTO 7 "T74"



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09 DEZ 2016



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

FRANCISCA FERREIRA NEVES

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nº de Inscrição: 300247143-72

Data de Nascimento: 28/08/50

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

22/08/93

FRANCISCA FERREIRA NEVES

28-08-50

0,08,418,15,0,1165

Carla Amelcor

LEITÃO BUENOS AIRES

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS e deve ser apresentado sempre que for solicitado para fins de comprovação de identidade.

Assinatura: FRANCISCA FERREIRA NEVES

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 22/11/93

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 27 FEV 2015

Nome

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N° 7356523362
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ISME 01 BB9391890 0000000000 2008

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
SITIO TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63.670-000 ARNEIROZ - CE

00942105354 HXD6034

*****/CE 9C2KE0B106R95B707

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS 2006 2006

2P/ EV/149CC PARTIC PRATA

PREÇO TABELADO (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

ARNEIROZ 15/12/2008

CE N° 7356523362 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
SITIO TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63.670-000 ARNEIROZ - CE

00942105354 HXD6034

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE N° 7356523362 EXERCÍCIO 2008 DATA EMISSÃO 15/12/2008

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
SITIO TAPERA 00000
***** ZONA RURAL
63.670-000 ARNEIROZ - CE

00942105354 HXD6034

BB9391890 HONDA/CG 150 TITAN KS

2006 09 9C2KE0B106R95B707

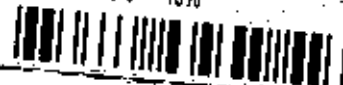
PREÇO TABELADO (R\$) PREÇO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

LOTE/DOB: 55755/74 CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC0BE1695B707

DOCUMENTO 5 *754*



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

19 DEZ 2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0905251/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
CPF: 300.247.143-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/12/2014
Titular do CPF: FRANCISCA FERREIRA NEVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCA FERREIRA NEVES : 300.247.143-72

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.

Portador da documentação entregue

Data: 02/06/2016
Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
CPF/CNPJ: 300.247.143-72

FRANCISCA FERREIRA NEVES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/06/2016
Nome: LUIZ PHELLIPE DE MORAES FERREIRA
CPF: 139.547.347-10

LUIZ PHELLIPE DE MORAES FERREIRA

DOCUMENTO 7 "T7%"



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43

PEDIDO DE REANÁLISE DE SINISTRO

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43

SINISTRO Nº 3238276482
VITIMA: Francisca Ferreira Neves, RG nº 177842089,
CPF nº 300.247.143-72, residente e domiciliado(a)
Em Dinamarca AN=03. Planalto, Aracruz, Ce,
venho por meio desta solicitar a SEGUROADORA LÍDER a reanálise do sinistro
acima, de minha titularidade, tendo em vista que foi NEGADO, sem que
houvesse a constatação da incapacidade permanente advinda em virtude do
acidente, mesmo com a realização de perícia médica.

Solicito assim que seja realizada a marcação de Perícia Médica para que seja
reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43
Nestes termos,
Pede e espera deferimento.
Tua, 12 de Junho de 2015.

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43

X Francisca Ferreira Neves
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:43
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
19 JUN 2015

CÓPIA

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

Declaração

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

Eu, Francisca Ferreira Neves, RG 0778428-89
CPF 300.247.294-7 declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor de via terrestre, em 07/12/2014 fui socorrido por
Cicero Ferreira Neves Telefone: (88)
9607.8872 levado ao
hospital: Seminário Um Futuro Melhor - Aracruz

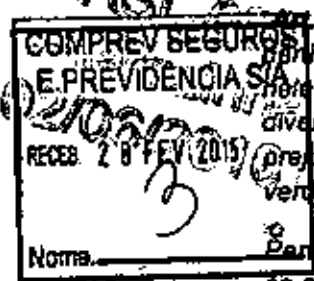
Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 Provocação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado.

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.



299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou não inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

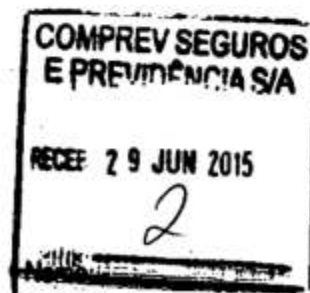
Francisca Ferreira Neves

CÓPIA

**PEDIDO DE REANÁLISE DE SINISTRO**SINISTRO Nº 3150176482VÍTIMA: Francisca Ferreira Neves, RG nº 177842089,
CPF nº 300.247.143-72, residente e domiciliado(a)F2 Dinamarco, Nº 03, Planalto, Aracruz - Ce,
venho por meio desta solicitar A SEGURADORA LÍDER a reanálise do sinistro
acima, de minha titularidade, tendo em vista que foi NEGADO, sem que
houvesse a constatação da incapacidade permanente advinda em virtude do
acidente, mesmo com a realização de perícia médica.

Solicito assim que seja realizada a marcação de Perícia Médica para que seja
reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Tauá, 18 de junho de 2015.X Francisca Ferreira Neves.



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9196801

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro: 3160335299 ASL-0905251/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:



Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 28/02/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 07/12/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Declaração do Proprietário do Veículo

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

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

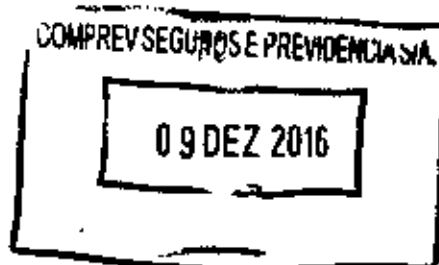
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2015

Carta nº: 7373246

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro: 3150567365
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

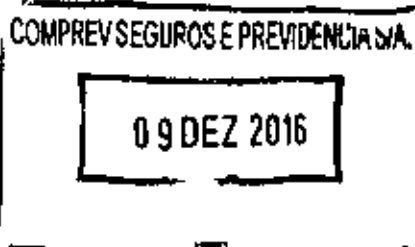
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0905251/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
CPF: 300.247.143-72

CPF de: Próprio

ASL-0905251/16
Data do Acidente: 07/12/2014
Titular do CPF: FRANCISCA FERREIRA NEVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCA FERREIRA NEVES : 300.247.143-72
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.

Portador da documentação entregue

Data: 02/06/2016
Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
CPF/CNPJ: 300.247.143-72

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/06/2016
Nome: LUIZ PHELLIPE DE MORAES FERREIRA
CPF: 139.547.347-10

FRANCISCA FERREIRA NEVES

LUIZ PHELLIPE DE MORAES FERREIRA

CÓPIA

Está (1.ª. edição)
revisada.

ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21

SINISTRO Nº 3150367365

VITIMA: Francisca Ferreira Naves

RG nº 1778420-89

CPF nº 300.247.243-72

residente e domiciliado(a)

St. Tapera, B. de São Carlos - Ce

venho por meio desta solicitar a SEGURADORA LÍDER a reanálise do sinistro acima, de minha titularidade, tendo em vista que foi NEGADO, sem que houvesse a constatação da incapacidade permanente advinda em virtude do acidente, mesmo com a realização de perícia médica.

Solicito assim que seja realizada a marcação de Perícia Médica para que seja reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Faça, 23 de maio de 2016.

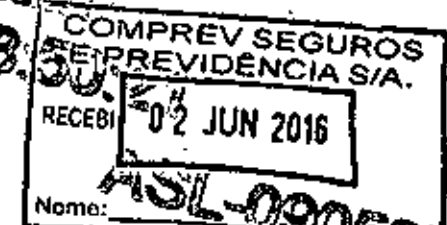
Francisca Ferreira Naves

ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21



ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
miniam.maia

09/12/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

SINISTRO Nº 3736206782
VITIMA: Francisca Ferreira Neves, RO nº 177842017,
CPF nº 300.247.143-72, residente e domiciliado(a)
Em Rianance - RN - 03 - Planalto - Aracruz - Ce
venho por meio desta solicitar a SEGUROADORA LIDER a reanálise do sinistro
acima, de minha titularidade, tendo em vista que foi NEGADO, sem que
houvesse a constatação da incapacidade permanente advinda em virtude do
acidente, mesmo com a realização de perícia médica.

Solicito assim que seja realizada a marcação de Perícia Médica para que seja
reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Ierezinha Matos de 2015.

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

x Francisca Ferreira Neves

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
Ierezinha Matos

09/12/2016 08:57:43
02/06/2016 08:50:21



CÓPIA

CÓPIA

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20

Eu, Cícero Ferreira Neves, RG 107.122.89,
CPF 300.34.724.43, declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor na via terrestre, em 07/12/2014 fui socorrido por
Cícero Ferreira Neves Telefone: (88)
9607887251 levado ao
hospital Semanal de Medicina Futura Melhor Amizade

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos
documentos adicionais contemporâneos ao acidente conforme exige a SUPTEC -
005/2014, pois não recebi atendimento como SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do
Asfalto, Ambulância, etc., de mesma forma que não houve registro da ocorrência no
local do acidente, tão pouco foi instalado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a
Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no
Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas
sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340. Provocar a ação de autoridade,
comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de
contravenção que sabidamente se ter verificado.

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer
informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código
penal.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

Nome _____

299 - Omitir, em documento público ou
particular, declaração que nele deveria constar, ou
não inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou
diversa da que devia ser escrita, com o fim de
prejudicar, dano, criar obrigação ou alterar a
verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Para reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa,
se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3
(três) anos, se o documento é particular."

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20
09/12/2016 08:55:21

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:20
09/12/2016 08:55:21

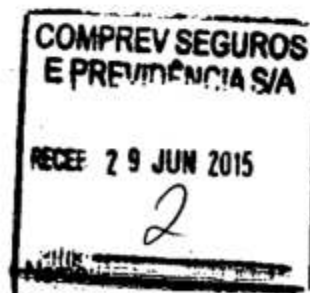
CÓPIA

CÓPIA

**PEDIDO DE REANÁLISE DE SINISTRO**SINISTRO Nº 3150176482VÍTIMA: Francisca Ferreira Neves, RG nº 177842089,
CPF nº 300.247.143-72, residente e domiciliado(a)F2 Dinamarco, Nº 03, Planalto, Aracruz - Ce,
venho por meio desta solicitar A SEGURADORA LÍDER a reanálise do sinistro
acima, de minha titularidade, tendo em vista que foi NEGADO, sem que
houvesse a constatação da incapacidade permanente advinda em virtude do
acidente, mesmo com a realização de perícia médica.

Solicito assim que seja realizada a marcação de Perícia Médica para que seja
reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Tauá, 18 de junho de 2015.X Francisca Ferreira Neves.



Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 6 *7696*



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9196801

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

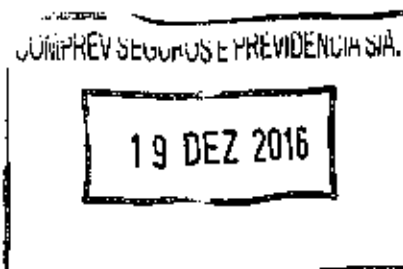
Sinistro: 3160335299 ASL-0905251/16
Vitima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 28/02/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 07/12/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Declaração do Proprietário do Veículo



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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Protocolo de 08/12 nº 08122016 110610

Le e Francisca Ferreira Neves

Postal - 86

83203-970. Saranaguá/PR

no: 3160335299

Brasão: 08122016 110610

ETIQUETA DO CARIÓTIPO

À: Compu Separados S/A

Ref.: Pedido de Indicação - DBVA+

End.: Avenida Men de Sa, 247

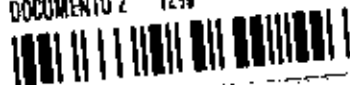
Loja B - Centro

CEP: 20.230-151 Rio de Janeiro/RJ

0603146
8610111
09059402
12664318
PARANAGUA
0812
2016
BRASIL CORREIOS
#311,20
MF02144

REGISTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY
CONTENDO
MP
PES (WEIGHT IN G)
JR 78557503 5 BR
1R 78557503 5 BR

DOCUMENTO 2 *729*



REMETENTE / Sender

TELEFONE / Phone Number

FRANCISCA FELREIRA NEVES

ENDERECO / Address

RUA: FZ DIWAMARCA, 003 PLANALTO

CEP / ZIP

63670000

CIDADE / City

ARAREIOZ-CE

UF / State

PAIS / Country



765000725

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE - Vito

DEVOLUÇÃO /

☐ Mudou-se / moved

☐ Retornado / returned

☐ Desconhecido / unknown

☐ Não procurado / not searched

☐ Ausente / absent

☐ Tentativas de entrega / attempts to deliver

1º / 1st

2º / 2nd

Informação / Information

☐ Informado / informed

☐ Registrado / registered

☐ Retornado / returned

Data / Date

Assinatura / Signature

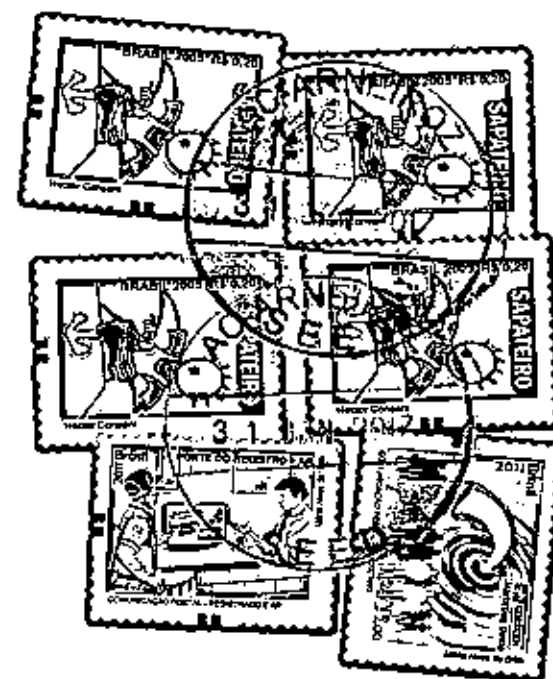
A: COMPREV.

A/C: SEGURADORA DPVAT

REFERENTE SINISTRO: 3160730717

END: AV MEN DE SA, 247-LOJA B-CENTRO

CEP: 20.930-151 RIO DE JANEIRO



Francisca Ferreira Nunes

Rua Fz. Dinamarca, 003

Planalto

CEP 63670-000. Araripe - CE

ISOTEC

Serviços Técnicos Ltda

DOCUMENTO 2 - 12%



São Paulo, 27 de Março de 2017

A

Recall Unidade Olaria

Rio de Janeiro - RJ

Ref: Sinistro 3150/095841 - ASL-0130543/15

Vítima: Joaquim Batista de Araujo

Prezados Senhores:

Estamos anexando documentos médicos complementares para digitalização e envio a seguradora Lider para reanálise da indenização paga

Com os nossos agradecimentos ficamos no aguardo das devidas providências

Atenciosamente

Nelson Guerra

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130543/15
Vitima: JOAQUIM BATISTA DE ARAUJO
CPF: 062.622.948-05

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/04/2014
Titular do CPF: JOAQUIM BATISTA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médico-hospitalar

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: 27/03/2017
Nome: JOAQUIM BATISTA DE ARAUJO
CPF : 062.622.948-05

JOAQUIM BATISTA DE ARAUJO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/03/2017
Nome: Nelson Orlando de Oliveira Guerra
CPF: 592.954.658-49

Nelson Orlando de Oliveira Guerra

12 correios

REMITTENT / Sender		TELEPHONE / Phone Number	
IRANUSCA FERREIRA NUNES			
EXERCISE / Address			
Sítio Tapera			
CITY / ID	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
63630000	ARNEIROZ	CE	

DEVOÇÃO / Retum (2x15)

☐ Hado: ze (Hemo) ☐ Falecido (Hemo)

☐ Retorrido (Hemo) ☐ Endorço (Hemo)

☐ Desconhecido (Hemo) ☐ Não existe o número indicado (Hemo)

☐ Não procurado (Hemo) ☐ Outros (Hemo)

☐ Aceite (Hemo)

Indicações de envio: (Hemo)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

☐ Informação fornecida pela porteira ou símbolo

☐ Informação fornecida por documento ou como mensagem

☐ Informação do usuário postal em _____

☐ Resposta por _____

Outros



A: COMPREV

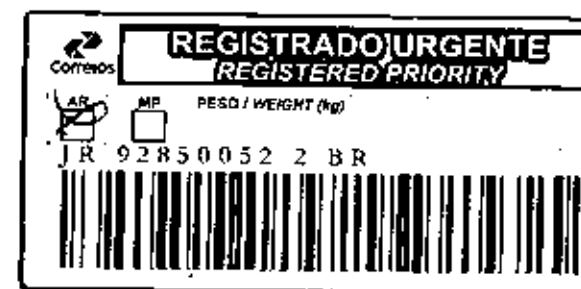
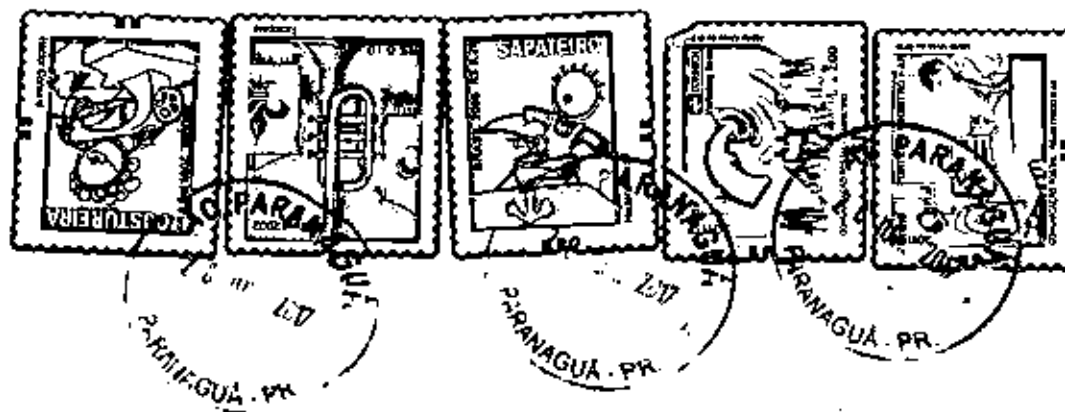
A/C: SEGURADORA DPVAT

REFERENTE SINISTRO: 3160730717

END: AV MEN DE SÁ, 247 – LOJA B – CENTRO

CEP: 20.230-151 RIO DE JANEIRO / RJ

A. R.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160730717

Cidade: Arneiroz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Data do acidente: 07/12/2014

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E FISIOTERAPIA EVOLUINDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FELIPE BOA VENTURA APOLINARIO

CRM do médico: 13234

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10777169

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro: 3160730717 ASL-1188814/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2017

Carta nº: 10913752

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160730717 ASL-1188814/16

Vitima: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Data Acidente: 07/12/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

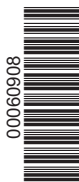
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11279952

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro: 3160730717 ASL-1188814/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11382663

A/C: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Sinistro: 3160730717 ASL-1188814/16
Vítima: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Data Acidente: 07/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000789-7

Conta: 000001003190-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160730717 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA FERREIRA NEVES**
Endereço do(a) Examinado(a): **FZ DINAMARCA nº 03 - PLANALTO - ARNEIROZ/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 177842089**
Data local do exame: **17/07/2017 PEDRA BRANCA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E FISIOTERAPIA EVOLUINDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO.

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - PEDRA BRANCA, 17/07/2017

Médico Perito: FELIPE BOA VENTURA APOLINARIO CRM:13234/CE


Dr. Felipe Boa Ventura Apolinário
Médico
CRM/CE 13.234
CPF: 544.015.283-49

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Terezinha Ferreira Neves 02/06/2016 08:57:51
 PORTADOR(A) DO RG Nº 13.842.084 EXPEDIDO POR SSP/CE 2015 REM. 12703/89 E
 CPF 3000248193-1 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO ---
 E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 01693 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1022190-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0076589/15
 Terezinha Ferreira Neves

de 2015

ASL-0076589/15
 Terezinha Ferreira Neves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

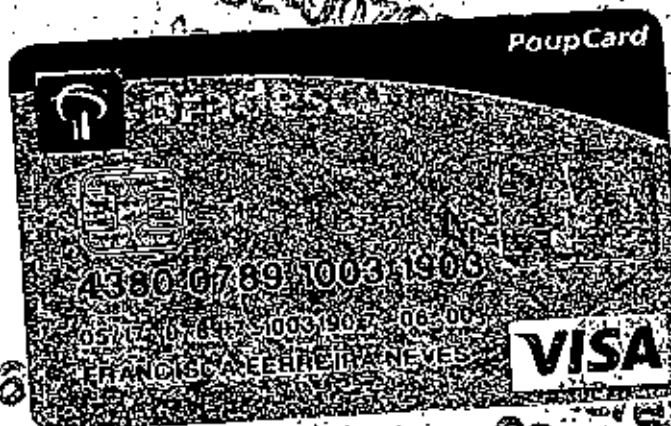
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CÓPIA

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

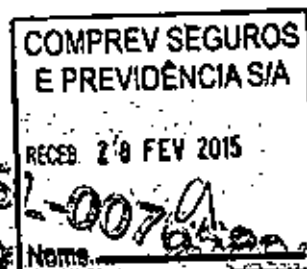
ASL-0076589/15



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

CÓPIA

Seg...ura Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

ASSINATURA DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, TEREZINHA DA SILVA MELO PORTADOR(A) DO RG N° 35.824.20-89 EXPEDIDO POR SSP/CE 2016 EM 12/08/2016 E

CPF 300024919380 / 00000000000000000000 PROFISSÃO MECANICA

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suspep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 033 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta em nome do beneficiário/vítima;
- Comprovatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da REGETA FEDERAL www.regeta.fed.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo de registro no sistema para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão de crédito, cartão de débito ou cartão de pagamento.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

N° do BANCO 0076 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0076 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0076

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

N° do BANCO 23 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0076 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0076

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

1 ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

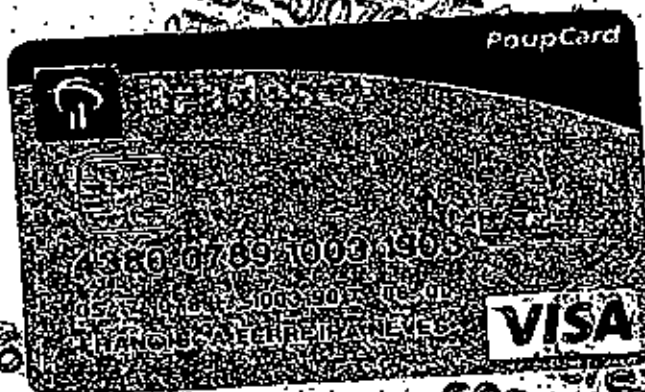
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223204.

CÓPIA

CÓPIA

ASI-0905251/16
ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

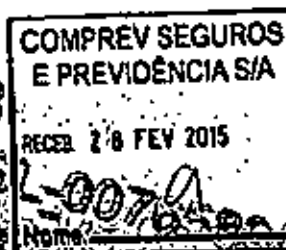
ASI-0905251/16
ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51



ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51



ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

ASI-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:51

CÓPIA

CÓPIA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Francisca Ferreira NevesPORTADOR(A) DO RG Nº 1478420-89 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 12/03/89 ECPF 300297193-72 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 300,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0389-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1023190-7

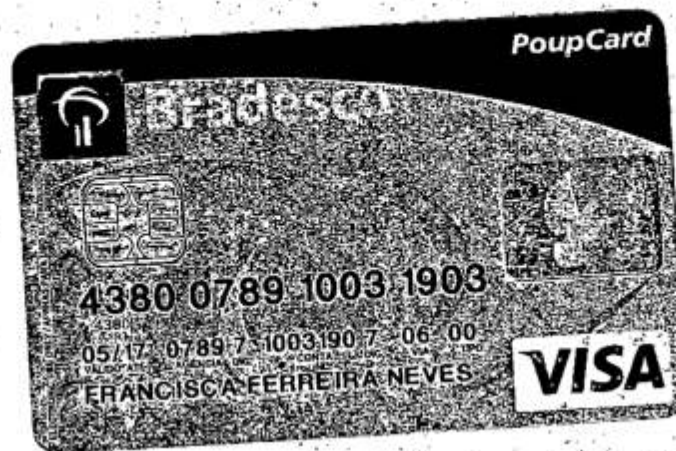
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Famí 26 de Jan de 2015
LOCAL E DATA

Francisca Ferreira Neves
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 28 FEV 2015

Nome. 9



Seg...ura Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

19/12/2016 08:57:51
 Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, sob pena de anulação do seguro. Recomenda-se o preenchimento em letra do tipo e sem rasuras para evitar qualquer erro no preenchimento da indenização.
 PORTADORIA DO RG Nº 13.584.20-8/1 EXPEDIDO POR 95P122016 08:57:51
 CPF 3000249193-10 PROFISSÃO 23-23
 R RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mes/mo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2017, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações, sob pena de conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos pessoais e relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 023 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação mensal;
- Conta tipo poupança, inativa ou em processo neste momento revoga-se a aceitação do propõe de abertura;
- Comprovação dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (verificar no site do INSS ou no site da Receita Federal);
- CPF do beneficiário/vítima não cadastrado no SISPVT Sinistros que não é o mesmo do CPF informado no formulário;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

10/08/2016 08:57:51
 IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com qualquer digitalização ou colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão do cartão de crédito, com a informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILEIROS: BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

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

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, observando a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a provisão das seguradoras e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
 Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodajustica.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0111204.

CÓPIA

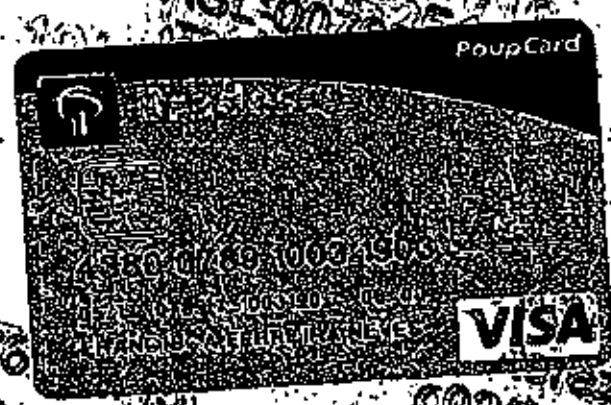
CÓPIA

CÓPIA

14

ASL-1783814/16
ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha matos
09/12/2016 08:57:53
02/06/2016 08:57:53

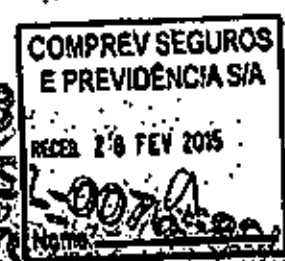
ASL-1783814/16
ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha matos
09/12/2016 08:57:53
02/06/2016 08:57:53



AAASL-0076589/15
terezinha matos
10/02/06/2016 08:57:53
12/26/16 08:51:23

ASL-0076589/15
terezinha matos
002/03/2016 08:57:53
12/26/16 08:51:23

ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:57:53
09/12/2016 08:51:23
19/12/2016 11:48:57



ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:57:53
09/12/2016 08:51:23
19/12/2016 11:48:57

ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:57:53
09/12/2016 08:51:23
19/12/2016 11:48:57

CÓPIA

CÓPIA

CÓPIA

Nº DO SINISTRO 33607307 17

DOCUMENTO 1 "T196"



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

EU, FRANCISCA FERREIRA NEVES,PORTADOR(A) DO RG Nº 1978420 - 89 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18 / 03 / 2017 ECPF 3000247143-72 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO DO LAR

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCA FERREIRA NEVES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou qualquer outra.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPROVAÇÃO

11 JAN 2017

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0989-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0540930-6

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0989-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003190-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tamã-CE, 02 de Janeiro de 2017 Francisca Ferreira Neves
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO 316073017 < CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCA FERREIRA NEVES
PORTADOR(A) DO RG Nº 1478420-89 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 12/03/89 E
CPF 3000244143-42 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO DD 2AB
E RENDA MENSAL DE R\$ 934,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCA FERREIRA NEVES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

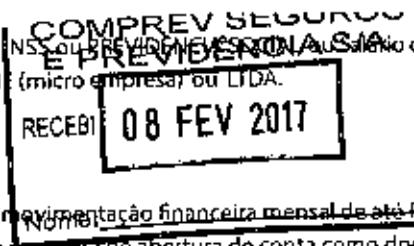
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 "T1%"



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos são:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: **COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA** ou **COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA** ou Salário do Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0789-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1023130-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARNEIROZ 30 de MAREIRO de 2017 Francisca Ferreira Neves
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Bradesco****Dia & Noite**BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.058709

FRANCISCA FERREIRA NEVES
AGENCIA 0789 CONTA 1003190-710:59 HRS
30/JAN/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	4,05
+ CONTA POUPANCA-FACIL	4,05
SD DEPOS ATE 3/5/12	0,01
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12	4,04

TOTAL DE RECURSOS	4,05
-------------------------	------

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA

DEZEMBRO/2016

DIA	HISTORICO	N.OCCTO	VALOR
-----	-----------	---------	-------

SALDO ANTERIOR

549,68

JANEIRO/2017

03	RENDIMENTOS	0306732	4,37
	POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12		
	S A L D O		654,05
18	SAQUE CARTAO CB 0789122		650,00
	ESPECIE		
	S A L D O		4,05
26	DEP CP AUTDAT 2023150		400,00
	Ags6634seq052023seq03150		
	S A L D O		404,05
27	DEP OUTR AG MIS 1036634		500,00
	O PROPRIO FAVORECIDO		
	S A L D O		904,05
30	SAQUE CP AUTDAT 8709460		900,00
	SALDO TOTAL		4,05

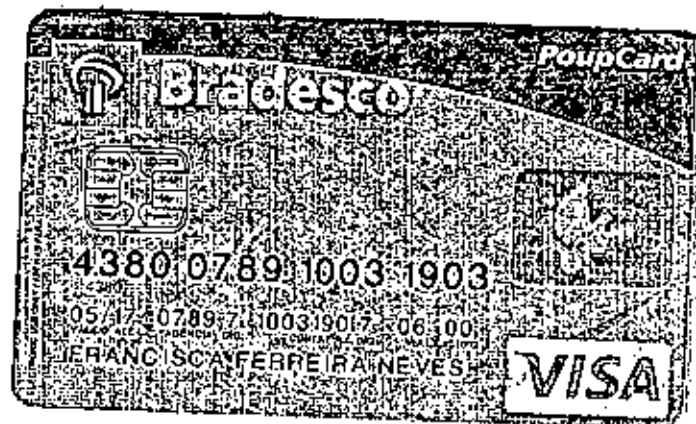
Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Duvdoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEBI

08 FEV 2017

Nome:



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 08 FEV 2017

Nome: _____



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



ASI-0076589/15
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

02/06/2016 08:55:16
Núcleo de Fato: ACIDENTES/OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 26/01/2015 10:29:04
Data / Hora da Ocorrência: 07/12/2014 17:30:00
Endereço da Ocorrência: SIT TAPERA

NAO INFORMADO ARNEIROZ/CE

Ponto de Referência:

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Nascimento: 28/08/1950
RG: 177842089 Órgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: ANTONIO JULIANO NETO
MARIA FERREIRA LIMA

Endereço: R DINAMARCA 3

PLANTALO
ARNEIROZ, CE BRASIL

Telefone:

TESTEMUNHO
19 FEV 2015
Luma Catherine Mota Oliveira
ESCREVENTE AUTORIZADA

Luma Catherine Mota Oliveira
ESCREVENTE AUTORIZADA

02/06/2016 08:55:16
Dados do(s) Veículo(s)
TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
PLACA: HXQ6834, MUNICÍPIO: UF: ARNEIROZ/CE
MODELO/FABRICAÇÃO: 2006/2006 COR: PRATA
RENAVAM: 889391890 CHASSI: 9C1KC08106R938707
SITUAÇÃO: NAO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ENVOLVIMENTO: NORMAL

ASI Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando de repente o piloto da motocicleta desmontou, perdendo o controle, vindo cair no chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital do Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe DML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CICERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA, MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A): VICTOR TIMBO DE LIMA, MAT.: 198829-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

COMPREV SEGUROS
E PRESIDENCIA

27 FEB 2015

Nome:

CÓPIA



DOCUMENTO 1 *T196*



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: 26/01/2015 10:29:06

Data / Hora da Ocorrência : 07/12/2014 17:30:00

Endereço da Ocorrência: SIT TAPERA

NAO INFORMADO ARNEIROZ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES

Nascimento : 28/08/1950

RG: 177842089 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: ANTONIO JULIÃO NETO

MARIA FERREIRA LIMA

Endereco: R DINAMARCA 3

PLANTALO

ARNEIROZ CE BRASIL

Telephone:



Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA

PLACA: HX06034 MUNICÍPIO / UF: ARNEIROZ / CE.

MODELO/FABRICAÇÃO: 2006/2006 COR: PRATA

RENAVAM: 889391890 CHASSI: 9C2KC08106R958707

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR

ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha como garapeira da motocicleta acima caracterizada, quando de repente o piloto da motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair ao chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital de Arceiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe TML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CÍCERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SAMUEL RODRIGUES CAMURCA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Ferreira Neves

VISTO DO DELEGADO(A):

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE TALA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Pag. 1 de 2

RECEIVED 27 FEB 2015

Nome: _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 26/01/2015 10:29:06
Data / Hora da Ocorrência : 07/12/2014 17:30:00
Endereço da Ocorrência: SIT TAPERA

NAO INFORMADO ARNEIROZ / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Nascimento : 28/08/1950
RG: 177842089 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: ANTONIO JULIANO NETO
MARIA FERREIRA LIMA
Endereço: R DINAMARCA 3
PLANTALO
ARNEIROZ CE BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

Tipo: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
Placa: HXQ6034 MUNICÍPIO / UF: ARNEIROZ / CE
Modelo/Fabricação: 2006/2006 COR: PRATA
RENAVAM: 889391890 CHASSI: 9C2KC08106R958707
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha com o grupo da motocicleta acima caracterizada, quando do reposte o piloto da motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair ao chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital de Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CICERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/relatante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 209 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300881-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Francisca Ferreira Neves

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Pág. 1 de 2

Impressão em: 26/01/2015 10:27

09 DEZ 2016



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

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558-335/2015

Natureza do Fato: ACIDENTES/OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 28/01/2015 10:29:06
Data / Hora da Ocorrência: 02/06/2016 17:30:00
Endereço da Ocorrência: SIT TAPERA

NAO INFORMADO ARNEIROZ/CE

Ponto de Referência:

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Nascimento: 28/08/1950
RG: 177342089 Órgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: ANTONIO JULIANO NETO
MARIA FERREIRA LIMA

Endereço: R DINAMARCA 3

ARNEIROZ/CE, BRASIL

Telefone:

Tipo: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
PLACA: HX06034 MUNICÍPIO: ARNEIROZ/CE
MODELO/FABRICAÇÃO: 2006/2006 COR: PRATA
RENAVAM: 887391890 CHASSI: GKK08104R958707
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Infante e vítima que no dia, hora e local acima citados, vindo como passageira da motocicleta acima caracterizada, quando de repente o piloto da motocicleta perdeu o controle, vindo cair no chão, sofrendo lesões no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital de Arneiroz. Na delegacia que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA JUDINALVA DE SOUSA e CÍCERO FERNANDES DANTAS. E aqui mais disse. A vítima desconhece quem seja de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das autoridades previstas no Artigo 199 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA, MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO:

VICTOR TIMBO DE LIMA, MAT.: 198329-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
27-FEV-2015
Nome: J

CÓPIA

CÓPIA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 26/01/2015 10:29:06
Data / Hora da Ocorrência : 07/12/2014 17:30:00
Endereço da Ocorrência: SIT TAPERA

DOCUMENTO 1 *T196*



NAO INFORMADO ARNEIROZ/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Nascimento : 28/08/1950
RG: 177842089 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: ANTONIO JULIÃO NETO
MARIA FERREIRA LIMA
Endereço: R DINAMARCA 3
PLANTALO
ARNEIROZ CE BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
PLACA: HXQ6034 MUNICÍPIO / UF: ARNEIROZ / CE
MODELO/FABRICAÇÃO: 2006/2006 COR: PRATA
RENAVAM: 889391890 CHASSI: 9C2KC68106R958707
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha como garupa da motocicleta acima mencionada, quando de repente o piloto da motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair no chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrido por populares para o Hospital de Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CICERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/noticiante fica ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e estão em conformidade com as sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Samuel Rodrigues Camurça
SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300881-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Francisca Ferreira Neves

VISTO DO DELEGADO(A) : Victor Timbo de Lima
VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

Pág. 1 de 2

Impressão em 26/01/2015 10:47





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 26/01/2015 10:29:06
Data / Hora da Ocorrência : 07/12/2014 17:30:00
Endereço da Ocorrência: SÍT TAPPRA

NAO INFORMADO ARNEIROZ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCA FERREIRA NEVES
Nascimento : 28/08/1950
RG: 177842089 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: ANTONIO JULIANO NETO
MARIA FERREIRA LIMA
Endereço: R DINAMARCA 3
PLANTÃO
ARNEIROZ CE BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

Tipo: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
Placa: HXQ6034 MUNICÍPIO / UF: ARNEIROZ / CE
Modelo/Fabricação: 2006/2006 COR: PRATA
RENAVAM: 889391890 CHASSI: 9C2KC08106R958707
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR
ENVOLVIMENTO: NORMAL

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha como garupa da motocicleta acima caracterizada, quando de repente o piloto da motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair ao chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital de Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CÍCERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/notificante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 199 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ML

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Ferreira Neves

VISTO DO DELEGADO(A):

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198829-1-0

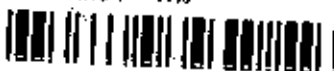
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

19 DEZ 2016



GOVERNO DO ESTADO DO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

DOCUMENTO 1 "T196"



22/01/2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **26/01/2015 10:29:06**
Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2014 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TAPERA**
Complemento:
Bairro: **NAO INFORMADO**
Ponto de Referência:

Município: **ARNEIROZ/CE**

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

11 JAN 20

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA FERREIRA NEVES**

Nascimento: **28/08/1950** CPF:

RG: **177842089**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Cituação: **MARIA FERREIRA LIMA**

ANTONIO JULIANO NETO

Endereço: **RUA DINAMARCA, 3**

Pro: **PLANTALO**

Município: **ARNEIROZ/CE**

País: **BRASIL**

11 JAN 2017

Telefone:

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

Placa: **HXQ6034** Uf: **CE** Município: **ARNEIROZ** Chassi:

9C2KC08106R958707 Renavam: **889391890** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA** Ano Fabricação: **2006** Ano

Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário:

MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Por forma a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha como rupeira da motocicleta acima caracterizada, quando de repente o piloto motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair ao chão, sofrendo tura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o spital de Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que naram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE USA e CICERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

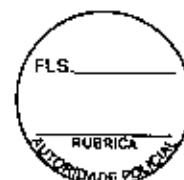
José Monteiro Arrais Júnior
Escrivão de polícia Civil
Mat. 198.230-1-6

22/01/2017

TAUA CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO NOTAS
RUA 7 DE SETEMBRO 242
AUTENTICAÇÃO
ESTA FOTOCOPIA É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOU FA
TAUA, 01/01/2017
EM TESTEMUNHO
DA VERDADE.
EMANUELE CORREIA FERREIRA (ESCREVENTE
COMPROVADA)
Total: R\$ 1,00



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 5 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **02/01/2017 09:58:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2014 17:30:00**
 Endereço da Ocorrência:
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **ARNEIROZ/CE**
 Ponto de Referência:

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

11 JAN 2017

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA FERREIRA NEVES**
 Nascimento: **28/08/1950** CPF:
 RG: **177842089** Órgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA FERREIRA LIMA**
ANTONIO JULIÃO NETO
 Endereço: **RUA DINAMARCA, 3**
 Bairro: **PLANTALO** CEP:
 Município: **ARNEIROZ/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ6034** Uf: **CE** Município: **ARNEIROZ** Chassi:
9C2KC08106R958707 Renavam: **889391890** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
 Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Em aditamento ao BO nº558-335/2015, a noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e informou que: O NOME DO CONDUTOR DO VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO É MOACIR FERNANDES NEVES JÚNIOR. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

Jessica Maria de Moura e Silva
 Escrivã de Polícia Civil
 MAT. 300691-1-0

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JESSICA MARIA DE MOURA E SILVA - MAT.: 300691-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

Antonio Gisleian Graciano de Lima
 Delegado de Polícia Civil
 MAT. 198333-1-3

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3



TAUA CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO NOTAS
 RUA 7 DE SETEMBRO, 242
 AUTENTICAÇÃO
 ESTA FOTOCÓPIA É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
 DOU FE
 TAUA, 07/01/2017
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE.
 EMMANUELE GONÇALVES PEREIRA (ESCREVENTE
 COMPROVADA)
 Total: R\$ 2,05

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA



2ª VIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 335 / 2015

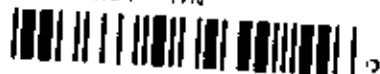
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **26/01/2015 10:29:06**
Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2014 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO TAPERA**
Complemento:
Bairro: **NAO INFORMADO** Município: **ARNEIROZ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA FERREIRA NEVES**
Nascimento: **28/08/1950** CPF:
RG: **177842089** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA FERREIRA LIMA**
ANTONIO JULIÃO NETO
Endereço: **RUA DINAMARCA, 3**
Bairro: **PLANTALO**
Município: **ARNEIROZ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

DOCUMENTO 1 "T196"



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ6034** Uf: **CE** Município: **ARNEIROZ** Chassi:
9C2KC08106R958707 Renavam: **889391890** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA** Ano Fabricação: **2006** Ano
Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário:
MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando vinha como garupeira da motocicleta acima caracterizada, quando de repente o piloto da motocicleta derrapou, perdendo o controle, vindo cair ao chão, sofrendo fratura no braço esquerdo, tendo sido socorrida por populares para o Hospital de Arneiroz. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de MARIA EDINALVA DE SOUSA e CICERO FERNANDES DANTAS. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

VICTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0

José Monteiro Arrais Júnior
Escrivão de polícia Civil
Mat. 198.236-1-6



DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

2ª VIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
pag. 1 de 2
RECEBI 08 FEV 2017
Nome: _____
Impresso em: 2/01/2017 09:45:37

[illegible]



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 5 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **02/01/2017 09:58:36**
Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2014 17:30:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro:
Município: **ARNEIROZ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA FERREIRA NEVES**
Nascimento: **28/08/1950** CPF:
RG: **177842089** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA FERREIRA LIMA**
ANTONIO JULIAO NETO
Endereço: **RUA DINAMARCA, 3**
Bairro: **PLANTALO** CEP:
Município: **ARNEIROZ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ6034** Uf: **CE** Município: **ARNEIROZ** Chassi:
9C2KC08106R958707 Renavam: **889391890** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Em aditamento ao BO nº558-335/2015, a noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e informou que: O NOME DO CONDUTOR DO VEÍCULO ACIMA ESPECIFICADO É MOACIR FERNANDES NEVES JÚNIOR. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

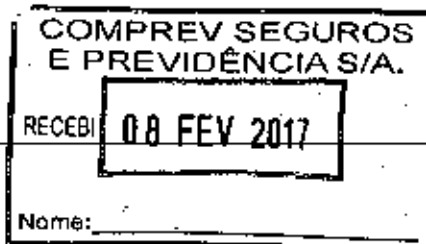
JESSICA MARIA DE MOURA E SILVA - MAT.: 300691-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

VISTO DO DELEGADO(A):

ANTONIO GISELIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

Jessica Maria de Moura e Silva
Escrivã de Polícia Civil
MAT. 300691-1-0





1010	Reconheço a FIRMA por	AUTENTICIDADE
NOTAS	SEMELHANÇA de	<i>Francisca</i>
ARARIPE - CE	<i>Francisca</i>	<i>peum</i>
VÁLIDO		
PARTE		
COM SELLO DE		
AUTENTICIDADE		
	ARARIPE - CE	30/01/2019
	ESTADO DO CEARÁ	
	<i>Juliane</i>	
	JULIANE GOMES	



DOCUMENTO 1 "1196"



ORRÊNCIA Nº 558 - 858 / 2017

s da Ocorrência

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: **22/03/2017 11:13:17**

Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2014 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO TAPERA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **ARNEIROZ/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **MOACIR FERNANDES NEVES JUNIOR**

Nascimento: **29/06/1974** CPF:

RG : Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **ANTONIA GOMES DE LIMA**

MOACIR FERNANDES NEVES

Endereço: **SITIO TAPERA**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **ARNEIROZ/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

COMPARECEU O NOTICIANTE NESTA DELEGACIA REGIONAL, ONDE DISSE QUE: ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE COR PRATA E PLACA HXQ6034, LICENCIADA EM SEU NOME, QUANDO, NO DIA 07/12/2014, POR VOLTA DAS 17H30MIN, SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO APÓS DERRAPAR EM UMA "GROTA" DA ESTRADA CARROÇÁVEL; QUE NA OCASIÃO ESTAVA CONDUZINDO A SENHORA FRANCISCA FERREIRA NEVES COMO GARUPEIRA; QUE NÃO FICOU LESIONADO, TODAVIA, A SENHORA FRANCISCA FERREIRA NEVES SOFREU LESÕES, INCLUSIVE SOFRENDO FRATURA DO BRAÇO ESQUERDO; QUE ATESTA SER VERDADE TODOS OS FATOS NARRADOS NOS BOLETINS DE OCORRÊNCIA 558-335/2015 E 558-0005/2017, AMBOS REGISTRADOS PELA SENHORA FRANCISCA FERREIRA NEVES. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JÚNIOR - MAT.: 198230-1-6

José Monteiro Arrais Júnior
Escrivão de polícia Civil
Mat. 198230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Moacir Fernandes Neves Junior

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 MAR 2017

CÓPIA

DOCUMENTO 3

T36



ASL-007652/15
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DPI/14 DRPC/TAUÁ-CE.
02/06/2016 08:55:25

CERTIDÃO

ASL-007652/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:25
JOSE MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 198.230-1-6, lotado no
DPI, com exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de
Tauá-Ce., no uso de suas atribuições legais, etc...

ASL-007652/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:25
CERTIFICA para os devidos fins e efeitos legais, que, na região
que compreende os municípios de AQUIABA, CATARINA,
QUITERIANOPOLES, PARAMBÚ, TAUÁ e ARNEIROZ, não possui
Instituto Médico Legal (IML).

O referido é verdade. DOU FÉ. Cartório da Delegacia Regional de
Tauá-Ce, em 31 de janeiro de 2011.

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:25
JOSE MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 198.230-1-6

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:25

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 21.06.FEV.2015
Nome _____

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:25



DOCUMENTO 2 *T2%*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DPI/14ª DRPC/TAUÁ-CE.

CERTIDÃO

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 198.230-1-6, lotado no
DPI, com exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de
Tauá-Ce., no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA para os devidos fins e efeitos legais, que, na região que compreende os municípios de AIUABA, CATARINA, QUITERIANÓPOLIS, PARAMBÚ, TAUÁ e ARNEIROZ, não possui Instituto Médico Legal (IML).

O referido é verdade. DOU FÉ. Cartório da Delegacia Regional de Tauá-Ce, em 31 de janeiro de 2011.

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 198.230-1-6

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 28 FEV 2015

Nome. 9

CÓPIA

DOCUMENTO 3 "T36"



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DPI/14 DRPC/TAUÁ-CE

ASI-0905251/16
ASI-0076589/15
02/06/2016 08:55:25
02/06/2016 08:55:254

CERTIDÃO

JOSE MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 198.230-1-6, lotado no
DPI, com exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de
Tauá-Ce., no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA para os devidos fins e efeitos legais, que, na região
que compreende os municípios de AQUIABA, ARNEIROZ, ARARIUNA,
QUITERIANÓPOLIS, PARAMBÚ, TAUÁ, não possui
Instituto Médico Legal (IML).

O referido é verdade. DOU FÉ. Cartório da Delegacia Regional de
Tauá-Ce, em 31 de janeiro de 2011.

JOSE MONTEIRO ARRAIS JUNIOR
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

COMPREV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEBEMOS 02/06/2016 09/12/2016
Nome _____

CÓPIA

**FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO**

TAPERA - RENELEZ - LT
 PRE-CONSULTA
 APRESENTANDO SINAIS ☐
 CRONICA ☐
 CATARATAS ☐
 DIABETE ☐

ANAMNESI E ESAME FISICO

Pa- BOX 100 (containing 100 boxes)

Alga - local

The following is a list of the names of the persons who have been appointed to the various positions in the Department of the Interior, for the year ending June 30, 1904:

HOW TO USE THIS GUIDE

S.A.D.T (EXAMINEE COMPLEMENTARY)

**COMPREVEGUEVOS
E PREVIDÊNCIA SA**

~~WED 21 FEB 2018~~

Abstract

DESTINO			
VERSÃO	☐	TRANSPARÊNCIA	☐
PARA AUTOMÁTICO	☐	RECUPERAÇÃO DE ERRO	☐
LISTA DE ERROS	☐	REDEFINIÇÃO	☐
INTERFACIA	☐	OUTRO	☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.



Declaração

Eu, Francisca Ferreira Neves, RG 1778420-89
 CPF 300.247.143-72 declaro que após ter sofrido acidente provocado
 por veículo automotor de via terrestre, em 07/12/2014 fui socorrido por
Cicero Ferreira Neves Telefone: (88)
96078872 levado ao
 hospital: Seminando Uma Futura Melhor Aracruz

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado.

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A RECEB. 28 FEV 2015 Nome. _____	Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Para: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.
---	--

Local: Tana UF: Ce Data: 26/01/15

Francisca Ferreira Neves


ARNEIROZ

 ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARNEIROZ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01/12/1994

01/12/1994

1

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

 NOME DO PACIENTE: Francisco Ferreira Alves Nº: 64 E: 21011510

 APENDICITOMIA Nº: 1278420-89

 NOME DO FILHO Nº: 2 / MÃE: MARIA FERREIRA LIMA

 ENDEREÇO: TAPERA ARNEIROZ - CE

 PRECONSULTA: ☐ ANAMNESE E EXAME FÍSICO: ☒

 PA - Box 100
do ombro e
da localização
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de
de

CÓPIA

2

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA FERREIRA NEVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00789-7

CONTA: 000001003190-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2507201705000000000023700789000001003190168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:57

EU, Francisca Ferreira Neves
RG nº 1778203-89, data de expedição 12/03/89, Órgão CSP/CE7:57

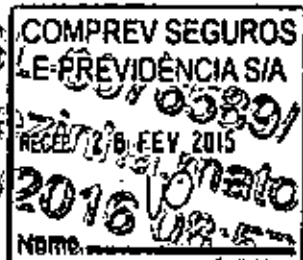
CPF nº 300.247.143-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, em anexo, documento comprobatório em nome de tercelro:

Logradouro, (Rua/Avenida/Praça)	<u>F2 - Pina 7-57</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Plano Alto</u>
Cidade	<u>Romãoz</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62 670. 000</u>
Telefone de contato	<u>(88) 88567781 / (88) 3437-2022</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Assinatura do Declarante: Francisca Ferreira Neves



CÓPIA

17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisca Ferreira Neves

RG nº 1778420-89, data de expedição 12/03/89, Órgão SSP/CE.

CPF nº 300.247.143-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro. (Rua/Avenida/Praça)	<u>FZ Dinamarca</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Plamalto</u>
Cidade	<u>Aracaju</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.670.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 88567781 / (88) 3437-2012 (Taniel)</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tamã - 26/02/15

Assinatura do Declarante: Francisca Ferreira Neves

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 28 FEV 2015
<u>10</u>
Nome. _____

Nº DO CLIENTE

3711598-7

coelce

Para obter o atendimento, ligue o nº 0800-11-0000 ou visite o site www.coelce.com.br

Rua Pedro Vaz, 150 - CEP 00135-040 - Funchal CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CGF 04.103.848-3
Trib. Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 90.438, de 26 de abril de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B, SÉRIE B-4 I N°

Rota 36 37021 04 824500 - 0 Data de Emissão 23/10/2014

Nome CICERA FERREIRA NEVES

End. Postal FZ DINAMARCA 00003

PLANALTO - ARNEIROZ - 63670000

Medidor 4917662

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 757208253-04

Nome do Responsável

Poste 0000 A76W

Fator de Potência

CGF

DATAS

Mês Referência: Out/2014 Data da Apresentação: 21/11/2014 Período de Cobertura: 21/11/2014

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto

Mês

Ago/2014			EISO 14,87		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FC 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7380.6800.F6ED.253F.95F5.2C31.AF23.9214

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1532	1412	1,00	120	0,00	120	0,27310	32,89

VALOR CONSUMO DO MES 32,89

MULTA MORATORIA REF 07/2014 0,51

VENCIMENTO

01/12/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

33,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	13,95
Transmissão	0,41
Distribuição	7,78
Encargos Setoriais	1,11
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,64
TOTAL	32,89

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

121	120	111	119	103	132	73	139	48	153	143	157	155
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRABESCO OU BANCO DO BRASIL.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BIMETRAL CONF ART 86 RES 4

Consta desta fatura R\$ 3,64 referente a PIS e COFINS.
CNPJ: 07.047.251/0001-70 - INSC. EST. 18.497.80 - 18.803-271

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 20 FEV 2015

Nome: 



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RG nº 300.242.143-72 data de expedição 12/02/19 Órgão SSP/2016 08:57:57

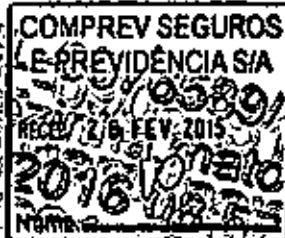
CPF nº 300.242.143-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro, (Rua/Avenida/Prça)	<u>F2 02/06/2016 08:57:57</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Planalto</u>
Cidade	<u>Aminaz</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>62.670.000</u>
Telefone de contato	<u>(88) 3437-2012</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data:

Assinatura do Declarante: Francisca Ferreira



CÓPIA

CÓPIA

Nº DO CLIENTE

3711598-7

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - RESIDENCIAL

Rua ... 36 37021 04 824500 - 0
Nome CICERA FERREIRA NEVES
End. Postal FZ DINAMARCA - 06003
Cidade PLANALTO - ARNEIROZ
CEP 13.170-000
UF SP
RG / CPF / CNPJ 757208253-04
Nome do Responsável

DATAS

Data de Emissão 02/06/2016
Data de Vencimento 03/07/2016

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunta

Mês

Agos/2016

Set/2016

Índice	Agos/2016	Set/2016
Índice de Continuidade	0,00	0,00
Índice de Qualidade	0,00	0,00
Índice de Satisfação	0,00	0,00

VALOR CONSUMO DO MÊS

VALOR CONSUMO DO MÊS
MÚLTA HORATÓRIA REF 07/2014

32,00
0,31

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:57

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:57

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:57

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:57:57

CONSUMO

CONSUMO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo	Valor
Jan/2016	12,19	1,21
Fev/2016	11,19	1,11
Mar/2016	10,19	1,01
Abr/2016	9,19	0,91
Mai/2016	8,19	0,81
Jun/2016	7,19	0,71
Jul/2016	6,19	0,61
Ago/2016	5,19	0,51
Sep/2016	4,19	0,41
Out/2016	3,19	0,31
Nov/2016	2,19	0,21
Dez/2016	1,19	0,11

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LÍZ. APÓS O VENCIMENTO, SE NÃO FOR PAGA, PRETENCIONALMENTE, SERÁ ADICIONADA CORRESPONDENTE DO CANCELAMENTO ELÉTRICO DAS UNIDADES SUTÁVEIS, BANCOS DO BANCO DO BRASIL.

NÃO FOI POSSÍVEL COLETAR LEITURA POR: LEITURA BÍMETRICA, COM FOLHA DE

COMPREV SEGUROS

DE PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 11/07/2016

02/06/2016 08:57:57

09/12/2016 08:51:57

CÓPIA

17



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29

Declaração do Proprietário do Veículo

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29

Eu, Francisco Fernandes Neves Junior
RG nº 2397025-92 data de expedição 02/08/92
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 009.421.057-54 com
domicílio na cidade de Bonito no Estado de
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST Tereza nº 51m complemento
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente, ocorrido com a vítima
Francisco Fernandes Neves Junior

Veículo: Moto
Ano: 2006
Modelo: Honda/CG 150 Titan
Placa: HXR 6034
Chassi: 9C2KCO8106R958707
Data do Acidente: 07/12/2014

ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29

Local e Data: Motim - Ce - 27/01/15
Assinatura do Declarante Francisco Fernandes Neves Junior

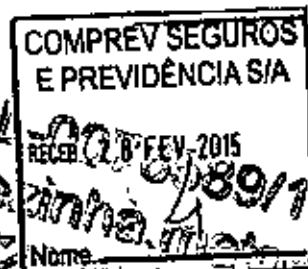
ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29



ASL-0076589/15
terezinha.matos
02/06/2016 08:55:29

CÓPIA

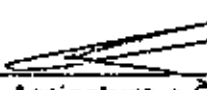
RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Atestado Médico:

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A
FRANCISCA FERREIRA NOVES SOFREU
MATURNA DIARÉIA DE UTERO. (E) VÁ
AS MÊSES, TENDO EVOLUÍDO COM CON-
SOLIDAÇÃO JSSA, SEM SEQUELAS E
COM BEM ADM.
ENCERRA-SE DE ALTA AMBULATORIAL.

Data: 19/11/15


Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14567
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 001.003 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (146X210).

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	02 JUN 2016
Nome: _____	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moacir Fernandes Neves Junior,
 RG nº 2397025-92, data de expedição 02/09/92,
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 009.421.053-54 com
 domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de
Ceará, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
ST Tapera, nº 51m, complemento _____,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisca Ferreira Neves.

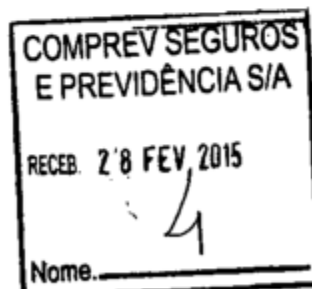
Veículo: Moto
 Ano: 2006
 Modelo: Honda/CG 150 Titon KS
 Placa: HXR 6034
 Chassi: 9C2KCO8106R958707
 Data do Acidente: 07/12/2014

Local e Data: Tauá - Ce - 27/02/15

Moacir Fernandes Neves Junior
 Assinatura do Declarante



Luma Catherine Mota Oliveira
 ESCRIVENTE AUTORIZADA



DOCUMENTO 4 "T46"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moacir Fernandes Neves Junior

RG nº _____ data de expedição _____

Órgão _____ portador do CPF nº _____, com

comércio na cidade de Aracruz, no Estado de

Espr, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

ST. Tapera nº 5/n

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisca Tepezza Neves cujo o condutor era

Moacir Fernandes Neves Junior

Veículo: Moto

Modelo: MONDA

Ano: 2006

Placa: H X Q 6034

Chassi: QC2KC08106R958709

Data do Acidente: _____

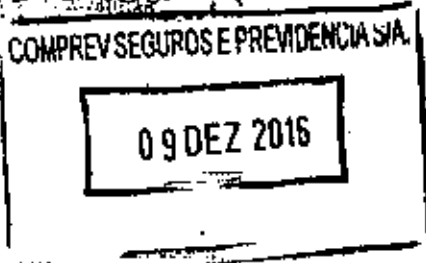
Local e Data: _____

Moacir Fernandes Neves Junior
Assinatura do Declarante

Moacir Fernandes Neves Junior
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



FICHA DE NOTAS E NOTAS SINISTRO	Reconheço a FIZIA por ☒ AUTENTICIDADE
	SEALMANÇA de <u>MOACIR</u>
VÁLIDO SOLENTE	<u>Fernandes Neves</u>
	<u>JUNIOR</u>
COM SELA DE AUTENTICIDADE	Ass. de _____
	ARQUIV. DE <u>21/09/2016</u>
	Cópia entregue a _____
	<u>Moacir Fernandes Neves Junior</u>



ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29

ASL-0905251/16
ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29

Declaración do Proprietário do Veículo
Eu, Francisco Fernando Neves Junior
RG nº 2392015-92 data de expedição 02/06/2016
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 009.421.052-54 com
domicílio na cidade de Boninez no Estado de
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
57 Tapera complemento
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco

Veículo: Moto
Ano: 2006
Modelo: Honda / GG 150 T
Placa: HXR 6034
Chassi: 9C2KCO8106R958707
Data do Acidente: 07/12/2014

ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29

ASL-0076589/156
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29

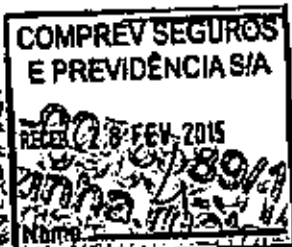
Assinatura do Declarante
Francisco Fernando Neves Junior



ASL-0076589/156
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29



Luma Caldeira Lopes Oliveira
ESCRIVENTE AUTORIZADO



ASL-0076589/15
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29
09/12/2016 08:48:57

ASL-0076589/156
terezinha matos
02/06/2016 08:55:29
09/12/2016 08:48:57

CÓPIA

CÓPIA