Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180197986**
Vitima: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**
Data do Acidente: **17/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180197986.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180197986**
Vitima: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**
Data do Acidente: **17/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180197986**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180388055**
Vitima: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**
Data do Acidente: **17/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388055.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180388055**
Vitima: **FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA**
Data do Acidente: **17/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **JOSE JANIEL ALVES FREITAS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180388055**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	095 374 423 - 26	Francisco Thiago Alves Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Antonio Cecio Alves Siqueira		CPF titular da conta: 369.317.853-42	Profissão: Rurícola
Endereço: St Longa		Número: 50	Complemento:
Bairro: Dt Campo Belos	Cidade: Tauá	Estado: Ceará	CEP: 63.660.000
Email:			Telefone (DDD): (88) 99742474 42

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Bradesco	237

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0789	7	0511062	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tauá - CE, 20 de abril de 2018
Local e Data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Cecio Alves Siqueira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
REC
02 MAI 2018
Nome:

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	075.324.423-26	Luanna Thaiza Alves Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antonia Cecia Alves Siqueira		367.377.452-41	Rural
Endereço		Número	Complemento
Sítio Lagoa		50	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dt Campestre	Tauá	Ceará	63.660.000
Email			Telefone (DDD)
			88199924742

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Bradesco	237

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
0759	7	0511061	0
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 MAI 2013
Nome:

Tauá - CE, 20 de abril de 2013
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonia Cecia Alves Siqueira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC
02 MAI 2018
RECEB:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	095.344.423-26	Lourivalo Ilhanga Silva Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antonio Pereira Silva Siqueira		369.312.258-42	Pedreiro
Endereço		Número	Complemento
Sr. Cogia		50	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Jd. Conceição	Tupã	São Paulo	17.650-000
Email			Telefone (DDD)
			(011) 99624-9462

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
Bradesco	237

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0759	7	051062	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
REC. 02 MAI 2019
ADMIN.

CÓPIA

Tupã, 30 de abril de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Pereira Silva Siqueira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017


Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras
É pratico e você não paga tarifa.
6504 9432 6672 9309
12/22
ANTONIO CLECIO ALVES SIQUE
elo

CÓPIA


pulse
DISCOVER

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	095.374.413-26	Francisco Thiago Alves Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Antônio Clécio Alves Siqueira		CPF titular da conta: 369.917.858-41	Profissão: Recuso
Endereço: ST Lagoa		Número: 50	Complemento:
Bairro: DT Campestrinos	Cidade: Tauá	Estado: Ceará	CEP: 63.660.000
Email:			Telefone (DDD): (88)999424747

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
Bradesco	237

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0789	7	0511061	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 11 SET 2018

Tauá - Ce, 10 de abril de 2018
Local e Data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 02 MAI 2019 Nome:

Antônio Clécio Alves Siqueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

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

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 700 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2018 10:22:41**
Data / Hora da Ocorrência: **17/01/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **ZONA RURAL**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência: **SITIO LAGOA SERRA DE SÃO DOMINGOS**

Noticiante(s)

Nome: **ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS**
Nascimento: **06/07/1993** CPF: **020.272.733-52**
RG: **2005019002035** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ALVES SIQUEIRA**
JOSE LINS DOS SANTOS
Endereço: **SITIO LAGOA**
Bairro: **SERRA DE SÃO DOMINGOS** CEP:
Município: **TAUA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa a noticiante Ana Naelda Alves dos Santos que no dia, hora e local acima citados, quando seu filho Francisco Thiago Alves Siqueira, nascido aos 05/01/2015, CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 40114, FOLHAS-221, LIVRO A-88, que o mesmo trafegava a Pé e foi atropelado por uma motocicleta de placa e condutor não notado, sofrendo fratura de perna esquerda . Acrescenta que socorreu seu filho para o Hospital desta cidade e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de Antonia Alves Siqueira Maria Zelia Rodrigues .E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MARCOS ESTEVÃO PATRICIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Ana naelda Alves dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS PROTESTOS E REGISTROS PÚBLICOS
Rua 7 de Setembro, 242, Centro - Taua/CE
AUTENTICAÇÃO
Esta fotocópia é reprodução fiel do original
Taua/CE
14 MAR 2018
da verdade
ATENDIDO POR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

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

FLS _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 700 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2018 10:22:41**
Data / Hora da Ocorrência: **17/01/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **ZONA RURAL**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência: **SITIO LAGOA SERRA DE SÃO DOMINGOS**

Noticiante(s)

Nome: **ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS**
Nascimento: **06/07/1993** CPF: **020.272.733-52**
RG: **2005019002035** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ALVES SIQUEIRA**
JOSE LINS DOS SANTOS
Endereço: **SITIO LAGOA**
Bairro: **SERRA DE SÃO DOMINGOS** CEP:
Município: **TAUA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa a noticiante Ana Naelda Alves dos Santos que no dia, hora e local acima citados, quando seu filho Francisco Thiago Alves Siqueira, nascido aos 05/01/2015, CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 40114, FOLHAS-221, LIVRO A-88, que o mesmo trafegava a Pé e foi atropelado por uma motocicleta de placa e condutor não notado, sofrendo fratura de perna esquerda . Acrescenta que socorreu seu filho para o Hospital desta cidade e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de Antonia Alves Siqueira Maria Zelia Rodrigues .E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MARCOS ESTEVÃO PATRICIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Ana naelda Alves dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE TÁBUAS PROTESTOS E REGISTROS PÚBLICOS
Rua 7 de Setembro 242, Centro - Taua/CE
AUTENTICAÇÃO
Certifico a autenticidade da reprodução fiel do original
14 MAR 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DEP. REC. 02 MAI 2018
Nome:

ATENDIDO POR

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

FLS _____
RUBRICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 700 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2018 10:22:41**
Data / Hora da Ocorrência: **17/01/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento: **ZONA RURAL**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência: **SITIO LAGOA SERRA DE SÃO DOMINGOS**

Noticiante(s)

Nome: **ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS**
Nascimento: **06/07/1993** CPF: **020.272.733-52**
RG: **2005019002035** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ALVES SIQUEIRA**
JOSE LINS DOS SANTOS
Endereço: **SITIO LAGOA**
Bairro: **SERRA DE SÃO DOMINGOS** CEP:
Município: **TAUA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa a noticiante Ana Naelda Alves dos Santos que no dia, hora e local acima citados, quando seu filho Francisco Thiago Alves Siqueira, nascido aos 05/01/2015, CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 40114, FOLHAS-221, LIVRO A-88, que o mesmo trafegava a Pé e foi atropelado por uma motocicleta de placa e condutor não notado, sofrendo fratura de perna esquerda . Acrescenta que socorreu seu filho para o Hospital desta cidade e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de Antonia Alves Siqueira Maria Zelia Rodrigues .E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

CÓPIA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSAVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ESTEVÃO PATRICIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSAVEL PELA INFORMAÇÃO: Ana naelda Alves dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

14 MAR 2018

02 MAI 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Fran Thiago Alves Siqueira	045.374.423-26	27/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antonio Cécio Alves Siqueira

CPF do Representante legal: 369.911.858-42

Email:

Telefone (DDD): (85) 997412747

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Tianguá-Ce, 10 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Antonio Cécio Alves Siqueira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Inês Jhonger Alves Siqueira	045.374.423-26	27/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antonio Cícero Alves Siqueira

CPF do Representante legal: 369.911.858-42

Email:

Telefone (DDD): (86) 99741 4747

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afeição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Matrícula:

Teresina-PI, 10 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Antonio Cícero Alves Siqueira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL.I.001 v001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0225 204 ou 0800 022 1204 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima (menor de idade) no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima: 245 944 428-[illegible]

Data do Acidente: [illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal: [illegible]

CPF do Representante Legal: 364 [illegible]

Telefone: [illegible]

Email:

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74, Art. 5º).

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exercício do meu direito de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando desde já em me submeter a perícia médica as custas da seguradora líder DPVAT para a correta avaliação da extensão e efetividade do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 2º da Lei nº 6.194/74.

Declaro a não existência de qualquer indenização já recebida dessa natureza, não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou pericial do acidente, de modo que se conhecido, o seu conteúdo.

COMPREV SEGUR
E DESPACHANTES
02 MA 2012

Taquara, RS, 20 de março de 2012

Cidade e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura da Vítima

CÓPIA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Fxco Thiago Alves Siqueira	095.374.413-26	17/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antônio Checio Alves Siqueira

CPF do Representante legal: 369.911.858-41

Email:

Telefone (DDD): (88) 997414747

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 11 SET 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 02 MAI 2019 Nome: 3/ [illegible]

Tauá-Ce 10 de abril de 2018

Local e Data

xAntonio Checio Alves Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

Cartório José Lúcio - 1º Ofício - Tauá - Ceará - Titular Maria Irani A. L. Macêdo

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA:

020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
12h55min	Tauá - CE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima	Masculino

FILIAÇÃO

ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS

FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e
JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.	30-64440824-5

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Taua 1º Oficio de Notas
Oficiola Registradora
Maria Irani Abreu Lucio de Macedo
Município/UF
Taua/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Monyque Araújo Oliveira de Sousa
Escrevente Compromissada

Válido somente com selo de autenticidade AC 640.922
Digitado por Monyque

Selo de Autenticidade - Cartório José Lúcio - 1º Ofício - Tauá - Ceará - 2PDH 08 - REGISTRAL

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

Cartório José Lúcio - 1º Ofício - Tauá - Ceará - Titular

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA:

020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
12h55min	Tauá - CE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima	Masculino

FILIAÇÃO
ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS
FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.	30-64440824-5

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Tauá 1º Ofício de Notas
Oficiola Registradora
Maria Irani Abreu Lucio de Macedo
Município/UF
Tauá/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
DEC. REC. 02 MAI 2018
Nome:

Monyque Araújo Oliveira de Souza
Escrevente Compromissada

Válido somente com selo de autenticidade AC 640922
Digitado por Monyque

Selo de Autenticidade - Cartório José Lúcio - 1º Ofício - Tauá - Ceará - 2ª DNV - REGISTRO

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA
020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SEXO
12h55min	Tauá - CE	Masculino

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima

FILIAÇÃO
ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS
FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)	NUMERO DA DNV
NÃO	Nada consta	30-64440824-5

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Tauá 1º Ofício de Notas
Oficiado Registrador
Maria Irani Abreu Lucia de Macedo
Município/UF
Tauá/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
DOC. 02 MAI 2015
NOME

Maria Oliveira de Souza
Escrevente Compromissada

Válido somente com selo de autenticidade AC 640 922
Digitado por Maria

CÓPIA

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2018 14:0
Page

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 036411 | Atendimento: 3010 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CNS: 898004815069738 | Guia de Autorização:
Documento(s): Certidão Nascimento: 40114 | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUÁ/CE | Idade: 3 Ano(s)
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63860-000 | Município: TAUÁ | UF: CE | Telefone: 88 97346422
Profissão: | Empresa: | Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUÁ | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 14:00 | Convênio*: SUS | Matrícula: | DO:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente: | Funcionário: MERANDULINA BARRETO LIMA MOTA
Observação:

Sala: | Data/Hora Liberação: 15:08 | Tipo de Saída: X Alta | Internação | Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

- Paciente retorna atendimento
com Trauma para (E)
- Rx: Fratura T. b. e
- CM: T10 [illegible]
Com [illegible]

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2015 14:0
Pag:08

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 095611 | Atendimento: 0010 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CNS: 898004815089736 | Data de Admissão:

(Documento): Certidão Nascimento, 40114 | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUÁ/CE | Idade: 3 Anos(s)

Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS

Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63680-000 | Município: TAUÁ | UF: CE | Telefone: 88 9 9346422

Profissão: | Empresa: | Convênio:

Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUÁ | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2015 | Hora: 14:00 | Convênio*: SUS | Matrícula: | CID:

Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente: | Funcionário: MERANDULINA BARRETO LIMA MOTA

Observação:

Leito: | Data/Hora Liberação: | Tipo de Saída: X Alta | Internação | Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Paciente estava tranquilo
com Tomou para (S)
- R: Paciente T. bom E
- (A): T I a
Como comprobatório

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DEC. REL. 02 MAI 2013
NOME:

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO ATENDIMENTO

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

CÓPIA

CÓPIA

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2018
Pág

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
036411	0010	FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA	898004618089738	

Documento(s): Certidão Nascimento: 40114
Estado Civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015
Local: TAUA/CE
Idade: 3 Ano(s)
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA
Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA , SN
Bairro: SERRA DE SÃO DO
CEP: 63660-000
Município: TAUA
UF: CE
Telefone: 88 9734642
Profissão:
Empresa:
Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA
CPF do Responsável:
Endereço: SITIO LAGOA , SN
Município: TAUA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018
Hora: 14:00
Convênio: SUS
Matrícula:
CID:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR
CRM/UF: 12185/CE
Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente:
Funcionário: MERANDULINA BARRETO LIMA MOTA
Observação:
Sala:
Data/Hora Liberação: / / às 15:08
Tipo de Saída: (X) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

- Paciente vítima atropelamento
com Trauma para (E)
- Rx: Fratura T. bia E
- CN: TTO conservador
Gesso ortopédico

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 11 SET 2018
Nome:

60.976.737/0001-54
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
CEP: 63.060-000
Cacau, 3
Tauá

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome: S. Feitosa

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE

Nº DO CLIENTE

5600067-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o número acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 - ICGF 28.105.646-2

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 508330298

Rota 27 37001 03 091100 - 5 — Data de Emissão 10/01/2018

Nome ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

End. Postal ST LAGOA 00050 00050
DT CARRAPATEIRAS - TAUA - 63660000

Medidor 4903441 — Posta 0000 871N

Classe 04-RURAL MONOFASICO — Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 369911858-41 — CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	07/02/2018	07/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto TAUA
Mês Nov/2017 DEC 16,49
FEC 0,86 F

	Período Individual Mensal	Trim.	Anual	Acumulado Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	16,67	21,74	49,49	0,00	0,00	0,00
FIC	1,67	15,79	39,49	1,---	0,00	0,00
DMIC	5,00			0,00		

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2270.0(F0.8436.4" T.16H) EB44.5025.7930

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo kWh	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
3232	3170	1.00	62	0.00	62	[illegible]	[illegible]
10/01/18	12/12/17		29 DIAS		62		23,16

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	23,06
MULTA MORATORIA REF 10/2017	0,40
JUROS DO MES	0,08
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	23,16

VENCIMENTO 16/02/2018 — **TOTAL A PAGAR (R$)** 46,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,02
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	[illegible]
TOTAL	23,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

61	62	57	60	53	69	52	70	58	66	45	70	64

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO_2)	Compensação kg (CO_2)	Capacidade Sorvedora (kgCO_2)
26,80	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE REDUZIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Informe os sintomas e avisos a enviar na conta ao ministério responsável de saúde, ligue 0 chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

(NW) FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA PARA FAT MÉDIA-LEITO INVERTIDA, APT 06.RES.41

Consta nesta fatura R$ 1,20 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0.60% e COFINS:[illegible]

Cara Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2017, conforme a lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Nº do Cliente: 5600067-7
Data de Emissão: 10/01/2018
Nº da Nota Fiscal: 508330298
Referência: Jan/2018
Total a Pagar (R$): 46,70
Nº de Controle: 0005600067 00054 39562 20

83890000000-5 46700031000-6 00056000670-5 00543956217-2

Nº DO CLIENTE
2370758-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pinho Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 507862836

Rota 03 37000 14 083000 - 4
Data de Emissão 05/01/2018
Nome RONISA ALVES FREITAS
End. Postal RU FAR LUIZ PATRONE 00005
CENTRO - TAUA - 63660000
Medidor 10393042
Poste 0000 0000
Classe 03-COMERCIAL,SERV.OUTR. MONOFASICO
Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 043381604-03
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	05/01/2018	03/02/2018

QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso deste corte.
Conjunto TAUA
Mês Nov/2017 DIRD 54,24

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	11,10	22,21	2,49	0,00	0,00
FIC	3,36	6,72	13,45	3,00	0,00	0,00
DMIC	0,28			1,21		

BASE DE CÁLCULO / ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
140,41	27,00%	37,91

CÓDIGO DE CONTROLE FISCAL
I08C.6637.1707.1489.6421.1707.1669.1153

HISTÓRICO DE CONSUMO / ACOMPANHAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
16298	16098	1,00	196	0,00	196	0,71400	140,41
05/01/18	06/12/17		20,0166		196		140,41

VALOR (R$)

VALOR CONSUMO DO MES	140,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,38
DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	17,00

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R$)

DISCRIMINAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	47,8[illegible]
Transmissão	4,[illegible]
Distribuição	31,[illegible]
Encargos Setoriais	11,[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	45,12
TOTAL	140,41

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh/mês 12 meses)

Nov/16	Dez/16	Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
253	190	241	241	226	262	238	246	344	257	284	241	268	

EMISSÃO DE GAS CARBÔNICO (kg CO2/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
82,12	0,00	0% — 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DE CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.
Ajude os vizinhos e avise-os a entra no combate ao mosquito transmissor
de dengue, zika e chikungunya. Ministerio da Saude. Gov. Federal.

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R$ 7,81 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,57%
Art. 3 Par. 1º Lei 10.637-02 e 10.833-03

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
DATA:

Nº do Cliente: 2370758-5
Referência: Jan/2018
Data de Emissão: 05/01/2018
Total a Pagar (R$): 174,79
Nº da Nota Fiscal: 507862836
Nº do Controle: 0002370758 00196 39152 17

83810000001-9 74790031000-7 00023707580-6 01963915245-8

Nº DO CLIENTE

5600067-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o número acima sempre que entrar em contato conosco.

A Força Motriz de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 15.806 de 26 de abril de 2000

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velasquez, 100
CEP 60.035-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07040266/0001-90 - CGF 06.105.646-1

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERIE B-4 | Nº 508330298

Rota: 27 37001 03 091100 - 5 — Data de Emissão: 10/01/2018

Nome: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

End. Postal: ST LAGOA 00050 00050
DT CARRAPATEIRAS - TAUA - 63860000

Medidor: 4903441 — Posto: 0000 B71N

Classe: 04-RURAL MONOFASICO — Fator de Potência:

RG/CPF/CNPJ: 369911858-41 — CGF:

Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	07/02/2018	07/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Consumo	FIC	DIC
Mês	[illegible]	[illegible]
Média 6 ciclos	[illegible]	[illegible]

Período Informado	Mensal	Trim.	Anual	Acumulado Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]			[illegible]		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
[illegible]		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

[illegible]

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Med.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	1,00	62	0,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	23,06
MULTA MORATORIA REF 10/2017	0,40
JUROS DO MES	0,08
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	23,16

VENCIMENTO 16/02/2018 — **TOTAL A PAGAR (R$)** 46,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
TOTAL	[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

[illegible]

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Capacidade Ecológica (%CO_2)
26,80	0,00	[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO ACESSE
SEU NUMERO DE CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.
Clame se [illegible] e [illegible] no consumo ao [illegible] [illegible]
de [illegible], [illegible] e [illegible]. Ministério da Saúde. Gov. Federal

[illegible]

[illegible]

Como Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2017, conforme a lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Nº do Cliente:	5600067-7	Referência:	Jan/2018
Data de Emissão:	10/01/2018	Total a Pagar (R$):	46,70
Nº da Nota Fiscal:	508330298	Nº de Controle:	0005600067 00054 39562 20

83890000000-5 46700031000-6 00056000670-5 00543956217-2

Nº DO CLIENTE
2370758-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.430 de 26 de abril de 2011

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0000-70 | CGF 06.105.849-8

enel

DANFE | NOTA FISCAL ELETRÔNICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 507862836

Data de Emissão 05/01/2018

Rota 03 37000 14 083000 - 4
Nome RONISA ALVES FREITAS
End. Postal RU FAR LUIZ PATRONE 00005
CENTRO - TAUA - 63660000
Medidor 10393042
Classe 03-COMERCIAL,SERV.OUTR. MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 043381804-03
Nome do Responsável

Poste 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	05/01/2018	03/02/2018

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
140,41	17,00	17,18

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunto TAUA
Mês Nov/2017 DEC/ 54,24

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	11,10	22,21	2,49	0,00	0,00
FIC	5,36	6,72	13,45	3,00	0,00	0,00
DMIC	0,20			1,21		

CONTROLE FISCAL
1000.0037.1797.1489.0421.1777.1469.1153

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
16220	16020	1,00	198	0,00	198	0,709000	140,41
05/01/18	06/12/17		30,0000		198		

	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	140,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,18
DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	17,00

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R$)

Energia	47,[illegible]
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	11,[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	45,12
Total	140,41

Mês	Consumo
Nov/17	253
Dez/17	190
Jan/18	241
Fev/18	241
Mar/18	226
Abr/18	262
Mai/18	238
Jun/18	246
Jul/18	344
Ago/18	257
Set/18	234
Out/18	241
Nov/18	268

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
82,12	0,00	0 — 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE O NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.
Cuide de crianças e adultos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal
ENEL AGRADECE A PARCERIA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R$ 7,81 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,57%
Art. 5 Res. 100 ANEEL e Lei 10.637/02 e 10.833/03

COMPREV SEGUROS E PRESTAÇÕES S/A.
DOC. RECEBIDO
02 MAI 2018
ASSINATURA

Nº do Cliente:	2370758-5	Referência:	Jan/2018
Data de Emissão:	05/01/2018	Total a Pagar (R$):	174,79
Nº da Nota Fiscal:	507862836	Nº de Controle:	0002370758 00196 39152 17

83810000001-9 74790031000-7 00023707580-6 01963915245-8

Nº DO CLIENTE

5600067-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Agente Social de Energia Elétrica
Instituído pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.618-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 508330298

Rota 27 37001 03 091100 - 5 Data de Emissão 10/01/2018

Nome ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA
End. Postal ST LAGOA 00050 00050
DT CARRAPATEIRAS - TAUA - 63660000

Medidor 4903441 Poste 0000 B71N
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ 369911858-41 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	07/02/2018	07/02/2018

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

[illegible]

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto TAUA
Mês Nov/2017 ELSO 18.40
DICRI= 0.00 P

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	18.87	21.74	43.49	0.21	0.00	0.00
FIC	7.67	15.24	30.49	1.[illegible]	0.00	0.00
DMIC	5.00			8.[illegible]		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
3292	3170	1.00	62	0.00	62	0.[illegible]95	[illegible]
10/01/18	10/12/17	[illegible]			62		23.[illegible]

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	23,06
MULTA MORATORIA REF 10/2017	0,40
JUROS DO MES	0,08
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	23,16

VENCIMENTO 16/02/2018 **TOTAL A PAGAR (R$)** 46,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18.82
Transmissão	1.[illegible]
Distribuição	2.[illegible]
Encargos Setoriais	2.54
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1.28
TOTAL	23.06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
61	62	57	66	53	69	52	70	56	69	45	70	64

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
26,80	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO

"Evite sobretaxa sua conta em debito automatico utilize seu numero do cliente sem o digito verificador."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da Saude. Gov. Federal

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA CAUS: FAT MENOS-LEIT BIMESTRAL ART RL 929.414

Conforme Decreto nº 1.128 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS=0,68% e COFINS=3,14%

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2017, conforme a lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 5600067-7 Referência: Jan/2018
Data de Emissão: 10/01/2018 Total a Pagar (R$): 46,70
Nº da Nota Fiscal: 508330298 Nº de Controle: 0005600067 00054 39562 20

83890000000-5 46700031000-6 00056000670-5 00543956217-2

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
02 MAI 2018

Nº DO CLIENTE

2370758-5

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Teresina Central de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pinto Madeira, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.101.648-9

enel

FATURA DE SERVIÇO PÚBLICO | ÚNICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 507862836

Data da Emissão: 05/01/2018

Rota: 03 170000 14 0830000 - 4

Nome: RONISA ALVES FREITAS

End. Postal: RD FAR LUIZ PATRONE 00005
CENTRO TAUA 63660000

Medidor: 20395942

Classe: 03-COMERCIAL,SERV.OUTR MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ: 049331066-09

Nome do Responsável:

Poste: 0000 0000

Fator de Potência: 0,00

CGF:

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	05/01/2018	05/02/2018

Valor a regularizar no próximo débito automático

Consumo: 140

Mês: 30/11 a 01/12

	Faturado no mês			Acumulado Informativo		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,57	11,13	22,27	2,78	5,60	6,98
FIC	1,78	3,57	7,14	7,00	8,00	9,00
DMIC	0,00			1,00		

Fator de Correção (FR)	Adicional	Valor do Imposto
42,0	1,00	0,41

CONTROLE FISCAL

HISTÓRICO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Vol.	Const. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

	Valor (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	140,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,18
ODACAO LDV - TEL 0800 055 5008 1/1	17,00

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R$)

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Energia	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Impostos Federais	[illegible]
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	[illegible]
TOTAL	[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

253	240	241	241	226	227	237	249	244	247	245	247	248

Compensação Sócio-ambiental (zero consumo de energia elétrica)

Emitida kg (CO2)	Compensada kg (CO2)	Consciência Ecológica (%CO2)
82,12	0,00	0 %

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
O NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.
PARA DÚVIDAS E ENVIO E AVISO DE COBRANÇA DO ATENDIMENTO TERCEIRIZADO
DA SEFAZ: CIDADE CONSUMIDOR, TRIBUTOS DE SEFAZ, DIV. FEDERAL

ENEL AGRADECE A PARCERIA PELA PONTUALIDADE NAS SEUS PAGAMENTOS.

Nº do Cliente: 2370758-5
Data de Emissão: 05/01/2018
Nº da Nota Fiscal: 507862836

Referência: Jan/2018
Total a Pagar (R$): 174,79
Nº de Controle: 000237075 80196 39152 17

83610000001-9 74790031000-7 00023707580-6 01963915245-8

CÓPIA

CONSTRUT SEGURO
02 MAI 2019

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Daniel Alves Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.209.803 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Cleio Alves Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.941.353 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, da Vítima Francisco Thiago Alves Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.374.423 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: Farmacêutico Luiz Pedrosa		Número: 05	Complemento: SL 85
Bairro: Centro	Cidade: Tauá	Estado: Ceará	CEP: 63.660-000
Email: japuitas01@hotmail.com	Telefone com ddd (DDD):	Telefone celular (DDD): (88) 997414747	

Tauá - ce 19 de abril de 2018
(Local e Data)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 02 MAI 2018 Data:

José Daniel Alves Freitas
Assinatura do Declarante

DLDPEL001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pela exposta, eu José Daniel Alves Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.204.803 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Cleiro Alves Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.922.553 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Thiago Alves Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.344.423 / 26 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

_____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: Farmacêutico Luiz Patriu		Número: 05	Complemento: SL 85
Bairro: Centro	Cidade: Tauá	Estado: Ceará	CEP: 63.660-000
Email: jaquito2016@hotmail.com		Telefone comercial (DDD):	Telefone celular (DDD): (88) 997414747

Tauá-ce 19 de abril de 2018
Local e data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 02 MAI 2018

José Daniel Alves Freitas
Assinatura do Declarante

SUSEP 205.4900.2007

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/NOCORIGINAL.ASP?TIPO=P&CODIGO=28636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Jamil Alves Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.304.803 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Cícero Alves Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 369.977.353 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Thiago Alves Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.348.473 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Farmacêutico Luiz Patron		05	SL 85
Bairro: Centro	Cidade: Tauá	Estado: Ceará	CEP: 63.660-000
Email: jgpaiva81@hotmail.com		Telefone comercial (DDD):	Telefone celular (DDD): (88) 99741474 7

Tauá - Ce 19 de abril de 2018
Local e Data

x José Jamil Alves Freitas
Assinatura do Declarante

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 MAI 2018

DECRL001 V001 2017

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2018 14:01
Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 035411 | Atendimento: 0010 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
Documento(s): Certidão Nascimento: 40114
CNS: 898004616089738 | Guia de Apoio: Sim
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUÁ/CE | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS | Idade: 3 Ano(s)
Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63860-000 | Município: TAUÁ | UF: CE | Telefone: 88 97348422
Profissão: | Empresa: | Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUÁ | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 14:00 | Convênio*: SUS | Matrícula: | CID:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente: | Funcionário: MERANDULINA BARRETO LIMA MOTA
Observação:
Box: | Data/Hora Liberação: / / às 15:08 | Tipo de Saída: (X) Alta ( ) Internação ( ) Obito

Sinais Vitais

Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Paciente retorno atendimento
com Trauma para (JE)
- Rx: Fratura T. L. de
- CIR: TTO conservador
Gesso coxopodálico

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DATA RECEB: 02 MAI 2018
Nome:

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 01/02/2018 07:37
Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 036411 | Atendimento: 0011 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CNS: 898004815389736 | Guia de Autorização:

Documento(s): Certidão Nascimento: 40114

Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUA/CE | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino | Idade: 3 Ano(s)

Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS

Endereço: SITIO LAGOA SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63860-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 97348422

Profissão: | Empresa: | Cônjuge:

Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 01/02/2018 | Hora: 07:37 | Convênio: SUS | Matrícula: | CID:

Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:

Indicador de Acidente:

Funcionário: MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES

Observação:

Data: | Data/Hora Liberação: / / 88 hs | Tipo da Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Rx perna DE AP P

- Fratura perna DE no terço médio

- Rx controle OK

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Home:

00.078.757/0001-52

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM 12185

Ana naelda Alves dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

Impressão

Página

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 0 Atendimento 0 Nome do Paciente FRANCISCO THIAGO ALVES SILVA

Data de Nascimento

Sexo Masculino

Idade 3 Anos

ANA NAELIA ALVES DOS SANTOS

Endereço

Bairro Cep 63360-000 Município TAUÁ UF CE Telefone

Responsável ANA NAELIA ALVES DOS SANTOS CPF do Responsável Município TAUÁ

DADOS DO ATENDIMENTO

Data/Hora Atendimento Peso Altura

Procedência Tipo Atendimento

Sinais Vitais

Pressão Arterial Temperatura Pulsação Respiração Peso Corporal

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Transferido em 13/

UPA Unidade de Pronto Atendimento
Tauá Ceará
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 08/05/18

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELIA ALVES DOS

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2018 13:51
Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 038411 | Atendimento: 0009 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CPS: 898004616089738 | Guia de Autorização:
Documento(s): Certidão Nascimento 40114 | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUAICE | Idade: 3 Ano(s)
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63660-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 97345422
Profissão: | Empresa: | Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 13:51 | Convênio: SUS | Matrícula: | CID:
Profissional do Atendimento: JOSE DHIONATAM SOBREIRA RODRIGUES | CRM/UF: 16548/CE | Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente: | Funcionário: ANTONIA FLAVIA DE CASTRO
Observação:
Sala: | Data/Hora Liberação: ___/___/_____ ___:___ | Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (rpm): | PA (mmHg):

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

Paciente vindo em UPA por avaliação de Ortopedia

[illegible]

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

O Paciente da Ortopedia

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Dr. Dhionatam So[illegible]
Medico
CREMEC 16,54[illegible]
JOSE DHIONATAM SOBREIRA RODRIGUES - CRM 16548

Ana Naelda Alves de S[illegible]
Assinatura Paciente/Responsavel
Responsavel: ANA NAELDA ALVES DE S[illegible]

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 17/01/2018 14:01
Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 076411 | Atendimento: 2010 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CNS: 898004015087 38 | Quando Acompanhado

Documento(s): Certidão Nascimento 40114 | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 25/01/2015 | Local: TAUA/CE | Idade: 3 Ano(s)

Pai: ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS

Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63860-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 97345422

Profissão | Empresa | Código

Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 14:00 | Consultório: 308 | Especialidade | CID

Profissional de Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12785/CE | Tipo Atendimento

Indicador de Acidente | Procedimento: NERANDULINA BARRETO LIMA MOTA

Observação

Sala | Data/Hora Liberação: 15:08 | Tipo de Saída: X Alta | Internação | Obito

Sinais Vitais

Peso (kg) | Altura (cm) | T (C) | F (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg)

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

- Paciente em uso de implante
com Trauma para (CE)
- R: Fratura T6 e
- (D): T10 comprometimento
Bom comprometimento

CONSULTÓRIO 04
CRM 12785
JOSÉ AYRES PEDREIRA JUNIOR
CIRURGIÃO DE COLUNA
CRM 12785

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

JOSÉ AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM. 12785

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 01/02/2018 07:37
Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 006431 | Atendimento: 0011 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CNS: 898004816369735 | Guia de Autorização:
Documento(s): Certidão Nascimento: 40114
Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUA/CE | Idade: 3 Anos
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63050-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 97348422
Profissão: | Empresa: | Conjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 31/02/2018 | Hora: 07:37 | Convênio: SUS | Matrícula: | DIO:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | Conselho: 12185/CE | Tipo Atendimento:
Executor de Acidente: | Plantonista: MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES
Observação:
Sala: | Data/Hora Liberação: __/__/__ __:__ | Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | P (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Rx perna E Pé D

- Fratura perna (E) em foi
do maléolo lateral

- Rx controle 01

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM 12185

Ana naelda Alves dos santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

DADOS DO PACIENTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Motivo do Atendimento e Sumario de Acompanhamento (Histórico, Diagnostico, Exames Solicitados e Conduta)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
NOME:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

UPA Unidade de Pronto Atendimento
Itaiê Cabral
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 08/05/18

Assinatura Paciente/Responsável

Impressão: 17/01/2018 13:51
Página 1

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 108411 Atendimento: 0009 Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CNS: 898006816089736 Data de Admissão:
Nascimento: 05/01/2016 Cidade: TAUAICE
Estado Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino Idade: 2 Anos
Mãe: ANA NARILDA ALVES DOS SANTOS
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA
Endereço: SITIO LAGOA SN Bairro: SERRA DE SÃO DO Cep: 63680-000 Município: TAUA UF: CE Telefone: 88 97346422
Complemento: Referência:
Responsável: ANA NARILDA ALVES DE SOUSA CPF do Responsável: Endereço: SITIO LAGOA SN Município: TAUA UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 Hora: 13:51 Convênio: SUS
Matrícula: CID:
CRM/UF: 16548/CE Tipo Atendimento:
Profissional do Atendimento: JOSE DHONATAM SOBREIRA RODRIGUES
Funcionário: ANTONIA FLAVIA DE CASTRO
Especialidade de Atendimento:
Convênio:
Sala: Data/Hora Liberação: ___/___/_____ as ____:__ Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais: Temperatura: Pulsação: TPR: Pressão: Respiração: Altura (cm):

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

Paciente vem em UPA p/ avaliação de Ortopedia

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

O Paciente de Ortopedia

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DEC. FINAL
02 MAI 2018
Nome:

Dr. Dhonatam Sobreira
Medico
CREMEC 16.548
JOSE DHONATAM SOBREIRA RODRIGUES - CRM 16548

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NARILDA ALVES DE S

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO 17/01/18 SOFREU TRAUMA EM M/I "E", FRATURA DE TÍBIA "E", REALIZOU TTO CONSERVADOR, BOTA GESSADA POR 45 DIAS, RETOMOU A CORRIDA, MARCHA CLAUDICANTE, POSSUI DISMETRIA ENTRE MI "D" E MI "E" ALTA DEFINITIVA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 07 JUL 2018
Nome:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 28 JUN 2018
Nome:

Dr. Marcos William
Reab. Traumato Ortopedia
Terapia Manual
CREFITO 134 893 F

12/06/18

Antonio Cleio Alves Siqueira

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO 17/08/18 SOFRENDO FRATURA DE TÍBIA "E", REALIZOU TTO CONSERVADOR, BOTA GESSADA POR 45 DIAS, APRESENTA DOR A CORRIDA, MAX. UM CLAUDICANTE, DISMETRIA DE 1cm ENTRE M1°D E M1°E; ALCANÇADO TORNOZELO E FISIOLÓGICO JOELHO "E" FISIOLÓGICO

PERDA MUSCULAR DE 25% em M1°E, ALTA RETINITIS

Dr. Marcos William
Reab Traumato-Ortopedia
Terapia Manual
CREFITO 134 [illegible]

17/08/18

Antonio Cláudio Alves Siqueira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBIDO 21 AGO 2018
Nome:

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Impressão: 17/01/2018
Pg

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 335411 | Atendimento: 0010 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA | CNS: 898004618089732 | Guia de Autorização:
Documento(s): Certidão Nascimento: 40114 | Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUA/CE | Idade: 3 Ano(s)
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63660-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 83 9734842
Profissão: | Empresa: | Conjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA , SN | Município: TAUA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 14:00 | Convenio: SUS | Matrícula: | Clínica:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:
Indicador do Acidente: | Funcionário: MERANDULINA BARRETO LIMA MOTA
Observação:
Sala: | Data/Hora Liberação: às 15:08 | Tipo de Saída: X Alta | Internação | Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Paciente retorno atendimento
com Tomam para (CD)
- R: Paciente T. bom E
- CV: FC 80 normocardico
bem cardiopatológico
[illegible]

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
DET. REV. 02 MAI 2018
Nome:

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

CÓPIA

Impressão 01/02/2018 07:37
Página 1

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 036411 | Atendimento: 0011 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CNS: 898004616089738 | Guia de Autorização:
Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Documento(s): Certidão Nascimento: 40114 | Idade: 3 Ano(s)
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUA/CE
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63690-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 973464222
Profissão: | Empresa: | Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 01/02/2018 | Hora: 07:37 | Convênio: SUS | Matrícula: | CID:
Profissional do Atendimento: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR | CRM/UF: 12185/CE | Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente: | Funcionário: MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES
Observação:
Sala: | Data/Hora Liberação: / / às hs | Tipo da Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Obito

Sinais Vitais
Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | F (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

- Rx perna E/AP/P

- Fratura perna (E) em foi
do consultório

- Rx controle OK

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 MAI 2018
Nome:

CÓPIA

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

Ana naelda Alves dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

Unidade de Atendimento: PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Nome: 2000 0401 6035 705

Data de Nascimento:

Estado Civil (Solteiro(a)):

Sexo:

Idade: 3 Anos

Nome da Mãe: DOS SANTOS

Sexo: F

Município: TAUÁ

UF: CE

Nacionalidade: TAUÁ

DADOS DO ATENDIMENTO

Data/Hora Atendimento:

Tipo de Saída: Alta

Informação:

Sinais Vitais:

Motivo do Atendimento/Queixa Clínica do Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

COMPREV SEGUR
E PREVIDÊNCIA S/A
DEP. REC.
02 MAI 2019
Nome:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

CÓPIA

Transferida as 9h

UPA Unidade de Pronto Atendimento
Tauá - Ceará
CONFERE COM O ORIGINAL
Data:

Assinatura Responsável pelo Preenchimento

Assinatura Paciente/Responsável

Impressão: 17/01/2018 13:51
Página 1

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 036411 | Atendimento: 0009 | Nome do Paciente: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CAS: 898004618089738 | Guia de Autorização:
Documento(s): Certidão Nascimento 401 TA
Estado Civil: Solteiro(a) | Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 05/01/2015 | Local: TAUA/CE | Idade: 3 Ano(s)
Pai: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA | Mãe: ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS
Endereço: SITIO LAGOA , SN | Bairro: SERRA DE SÃO DO | CEP: 63660-000 | Município: TAUA | UF: CE | Telefone: 88 97346422
Profissão: | Empresa: | Cônjuge:
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE SOUSA | CPF do Responsável: | Endereço: SITIO LAGOA SN | Município: TAUA | UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 17/01/2018 | Hora: 13:51 | Convênio: SUS | Matrícula: | CID:
Profissional do Atendimento: JOSE DHIONATAM SOBREIRA RODRIGUES | CRM/UF: 16548/CE | Tipo Atendimento:
Indicador de Acidente: | Funcionário: ANTONIA FLAVIA DE CASTRO
Observação:
Sala: | Data/Hora Liberação: ___/___/_____ as ____hs | Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg): | Altura (cm): | T (°C): | P (bpm): | R (mpm): | PA (mmHg):

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

Parada cardíaca em UPA por suspeita de Afogamento

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

O Paciente foi afogado

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
REC 02 MAI 2018
Nome:

CÓPIA

Dr. Dhionatam
Médico
CREMEC 16.548
JOSE DHIONATAM SOBREIRA RODRIGUES - CRM: 16548

Ana Naelda A. de Sousa
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANA NAELDA ALVES DE S

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO 17/01/18. SOFREU FRATURA EM M 1 "E", FRATURA DE TÍBIA "E", REALIZOU TTO CIRÚRGICO, BOTA GESSADA POR 45 DIAS, REALIZA REPOUSO, MARCHA CLAUDICANTE, PRESENÇA DISTENSÃO ENTRE 1/3 D E M 1/3 E ALTA OCUPACIONAL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 07 JUL 2018
Nome:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 28 JUN 2018
Nome:

Dr. Marcos Willi
Ortopedia e Traumatologia
Ter-Ortopedista
CRM-PI 1134 893 F

12/06/18

Francisco Thiago Alves Siqueira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 2018
Nome:

CÓPIA

Correios **CPF**

IF 76120306 8 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG: 12901211 - AC TAUA
TAUA - CE
CNPJ..... : 34028316/251510 Inc. Est : 06732100

COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento : 14/05/2018 Hora : 10:04:15
Caixa : 5522254 Matrícula : 6306184
Lançamento : 025 Atendimento : 00015
Modalidade : A Vista : Id Titular : 14436337172

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R$)
CPF - INSCRIÇÃO	1	7,00+
Valor da Parte(R$) :	7,00	
OBJETO	IF76120306BR	

Valor Declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto com valor
utilize o serviço adicional de valor declarado.

TOTAL (R$) ——> 7,00
VALOR RECEBIDO(R$) 10,00

TROCO(R$) —— 3,00

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
Tipo de Serviço ..... CPF - INSCRIÇÃO
Código de Atendimento : IF76120306BR
Data e Hora..... 14/05/2018 10:04:15
CPF do Contribuinte : 095.374.413-26
Nome Completo..... FRANCISCO TUIADO ALVES
SIQUEIRA

CPF 095.374.413-26

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

Doc de Identificação

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

Cartório José Lúcio - Tauá - Ceará - 1º Ofício - Titular Maria Irani A. L. Macedo

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA:

020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
12h55min	Tauá - CE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima	Masculino

FILIAÇÃO

ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS

FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.	30-64440824-5

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Taua 1º Oficio de Notas
Oficiola Registradora
Maria Irani Abreu Lucio de Macedo
Município/UF
Taua/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2019
NOME:

Monyque Araújo Oliveira de Sousa
Escrevente Compromissada

Válido somente com selo de autenticidade AC 640.922
Digitado por Monyque

Selo de Autenticidade - Cartório José Lúcio - Tauá - Ceará - 1º Ofício

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005019002434 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/3/2005

NOME ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO ALVES SIQUEIRA E FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE TAUA-CE

DATA DE NASCIMENTO 3/3/1985

DOC ORIGEM CERT.NASC 210 L A02 F 294 BARRA NOVA TAUA/CE

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2019
NOME:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Taua-Ce.

x José Janiel Alves Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3518132-2000 DATA DE EXPEDIÇÃO 11-10-2000

NOME
JOSÉ JANIEL ALVES FREITAS

FILIAÇÃO
João Freitas de Sousa
Antonia Alves Beserra Freitas

NATURALIDADE
Taua-Ce.

DATA DE NASCIMENTO
26-03-86

NÚMERO DA ORDEM
Cert.Nas.9465,L.A-10,F.32v.
Cart. Taua-Ce.

ASSINATURA DO DIRETOR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 MAI 2018
DATA
Nome

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

ABR/2005

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

027.209.803-58

JOSE JANIEL ALVES FREITAS

26/03/1986

doc de identificação

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA:

020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
12h55min	Tauá - CE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima	Masculino

FILIAÇÃO
ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS
FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e
JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.	30-64440824-5

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Taua 1º Oficio de Notas
Oficiolo Registradora
Maria Irani Abreu Lucio de Macedo
Município/UF
Taua/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

Válido somente com selo de autenticidade AC 640.922
Digitado por Monyque

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2013
NOME:

Monyque Araújo Oliveira de Souza
Escrevente Compromissada

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005019002434 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/3/2005

NOME ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO ALVES SIQUEIRA E FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE IAUA-CE

DATA DE NASCIMENTO 3/3/1985

DOC ORIGEM CERT.NASC 7210 L A02 F 094 BARRA NOVA IAUA/CE

CPF

FILIAÇÃO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
369.911.858-41

Nome
ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

Nascimento
03/03/1985

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC 02 MAI 2013
Nome:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ — Taua-Ce.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

x José Janiel Alves Freitas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3518132-2000 — DATA DE EXPEDIÇÃO 11-10-2000

NOME: JOSÉ JANIEL ALVES FREITAS

FILIAÇÃO: João Freitas de Sousa
Antonia Alves Beserra Freitas

NATURALIDADE: Taua-Ce. — DATA DE NASCIMENTO: 26-03-86

DOC. ORIGEM: Cert. Nas. 9465, L.A-10, F.32v. Cart. Taua-Ce.

ASSINATURA DO DIRETOR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
02 MAI 2008

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

027.209.803-58

JOSE JANIEL ALVES FREITAS

1º Ofício de Notas, Protestos e Registros Públicos
Registro Civil de Pessoas Naturais, Registro Civil de Pessoas Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos
Rua 7 de Setembro, 242. Fone/Fax (88) 3437.1431
CEP 63.660-000. TAUÁ - CE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

MATRÍCULA
020941 01 55 2015 1 00088 221 0040114 28

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Cinco de janeiro de dois mil e quinze.	05	01	2015

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
12h55min	Tauá - CE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tauá/CE	Hospital e Maternidade Regional Dr. Alberto Feitosa Lima	Masculino

FILIAÇÃO
ANTÔNIO CLECIO ALVES SIQUEIRA e ANA NAELDA ALVES DOS SANTOS.

AVÓS
FRANCISCO ALVES SIQUEIRA e FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA (paternos) e
JOSÉ LINS DOS SANTOS e FRANCISCA ALVES SIQUEIRA (maternos).

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Vinte e seis de fevereiro de dois mil e quinze.	30-64440824-5

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no Livro A-88, às folhas 221, sob nº 40114.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Tauá/CE, 26 de fevereiro de 2015.

Nome do ofício
Tauá 1º Ofício de Notas
Oficiala Registradora
Maria Iraci Abreu Lucio de Macedo
Município/UF
Tauá/CE
Endereço
Rua 7 de Setembro Nº 242

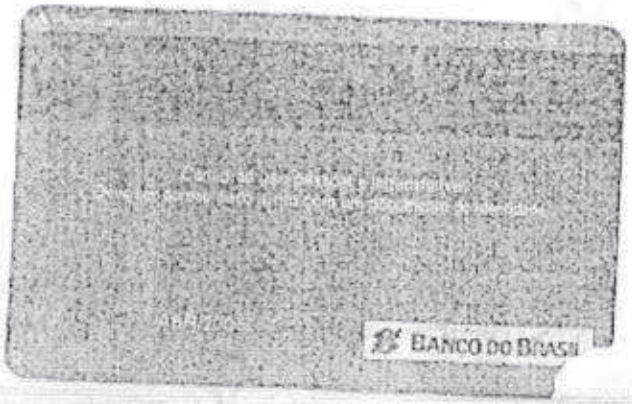
Escrevente Compromissada

Válido somente com selo de autenticidade AC 648 922
Digitado por Manuela

CÓPIA


Taua-Ce.
x José Janiel Alves Freitas.


3518132-2000
11-10-2000
JOSÉ JANIEL ALVES FREITAS
João Freitas de Sousa
Antonia Alves Bezerra Freitas
Taua-Ce.
26-03-86
Cert. Nas. 9+65, L.A-10, F.32v.
Cart. Taua-Ce.


BANCO DO BRASIL


CPF
027.209.803-68

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180197986
Cidade: Tauá
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
Data do acidente: 17/01/2018
Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155272/18
Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CPF: 095.374.413-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/01/2018
Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA : 369.911.858-41
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação
JOSE JANIEL ALVES FREITAS : 027.209.803-58
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 02/05/2018 Nome: JOSE JANIEL ALVES FREITAS CPF/CNPJ: 027.209.803-58	Data do cadastramento: 02/05/2018 Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA CPF: 047.882.963-90
JOSE JANIEL ALVES FREITAS	PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

Correios CPF

IF 76120306 8 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG: 1230/0311 - AC TAGA
TAGA
CNPJ: [illegible]

COMPROVANTE DE CLIENTE

Movimento: 14/05/2018 Seqüência: [illegible]
Caixa: [illegible] Matrícula: [illegible]
Lançamento: 025 Atendimento: [illegible]
Modalidade: A Vista Nº Etiqueta: [illegible]

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R$)
CPF - INDIVIDUAL	1	7,00
Valor da Portaria:	7,00	
ENVELOPE	IF76120306BR	

Valor Declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto com valor
utilize o serviço adicional de valor declarado

TOTAL(R$) 7,00
VALOR RECEBIDO(R$) 10,00

TROCO(R$) 3,00

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
Tipo de Serviço: CPF - INDIVIDUAL
Código do Atendimento: IF76120306BR
Data e Hora: 14/05/2018 [illegible]
CPF do Contribuinte: [illegible]
Nome Completo: FRANCISCO RICARDO ALVES SIQUEIRA
Data de Nascimento: [illegible]

CPF 095 374 413-26

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
DEC. REC.
02 MAI 2018
Nome:

RECONSTRO

PEDIDO DE REANÁLISE DE SINISTRO

SINISTRO Nº 318019 7986
VÍTIMA: Francisco Thiago Alves Siqueira, RG nº _____,
CPF nº 095.374.423-26, residente e domiciliado(a)
St Lagoa - Nº 50, Tauá - 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 Pericia Médica para que seja reanalisada as sequelas por mim apresentadas.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Tauá, 22 de junho de 2018.

Antonio Celio Alves Siqueira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 28 JUN 2018
Nome: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238779/18
Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CPF: 369.911.858-41

Data do Acidente: 17/01/2018
CPF de: Representante Titular do CPF: ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO CLECIO ALVES SIQUEIRA : 369.911.858-41
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação
JOSE JANIEL ALVES FREITAS : 027.209.803-58
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 03/07/2018	Data do cadastramento: 03/07/2018
Nome: JOSE JANIEL ALVES FREITAS	Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF/CNPJ: 027.209.803-58	CPF: 040.259.363-48
JOSE JANIEL ALVES FREITAS	LILIANA MARIA PEREIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306631/18
Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
CPF: 095.374.413-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/01/2018
Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA : 095.374.413-26
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
JOSE JANIEL ALVES FREITAS : 027.209.803-58
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 21/08/2018 Nome: JOSE JANIEL ALVES FREITAS CPF/CNPJ: 027.209.803-58	Data do cadastramento: 21/08/2018 Nome: LILIANA MARIA PEREIRA CPF: 040.259.363-48
JOSE JANIEL ALVES FREITAS	LILIANA MARIA PEREIRA

Reconstituo

PEDIDO DE REANÁLISE DE SINISTRO

SINISTRO Nº [illegible]
VITIMA: [illegible], RG nº [illegible],
CPF nº [illegible], residente e domiciliado(a) [illegible],
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 pericia medica.

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

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Taua, [illegible] de [illegible] de 2018.

Antônio [illegible] Alves Siqueira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 02 MAI 2018
Nome:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 28 JUN 2018
Nome:

CÓPIA

Correios CPF

IF 76120306 8 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 1230/1311 - AC TAUA
TAUA - CE
CNPJ: [illegible]

COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento: 14/05/2013 Hora: [illegible] 15
Caixa: [illegible] Matrícula: [illegible]
Lançamento: 025 Atendimento: [illegible]
Modalidade: A Vista NU Objeto: [illegible]

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R$)
CPF - INSCRICAO	1	7,00
Valor da Parte(R$):	7,00	
OBJETO:	[illegible]	

Valor declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto over value,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

TOTAL(R$): 7,00
VALOR RECEBIDO(R$): 30,00

TROCO(R$): 23,00

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
Tipo de Serviço: CPF - INSCRICAO
Código de Atendimento: IF 76120306 8BR
Data e Hora: 14/05/2013 Hora: 15
CPF do Contribuinte: 095.374.413-26
Nome Completo: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

CPF 095.374.413-26

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
02 MAI 2013
Nome:

CÓPIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306631/18

Número do Sinistro: 3180388055

Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

Data do acidente: 17/01/2018

CPF: 095.374.413-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO ALVES SIOUEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Outros

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA : 095.374.413-26

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/09/2018	Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: JOSE JANIEL ALVES FREITAS	Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 027.209.803-58	CPF: 048.755.333-06
JOSE JANIEL ALVES FREITAS	LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180197986
Cidade: Tauá
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA
Data do acidente: 17/01/2018
Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Antonio Cleno Alves Siqueira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua A. Lopes, nº 52, bairro N. Cosmopolita, Município de Tauá, Estado de(o) Ceará, Cep.: 63.660.000, portador(a) do Rg nº 2005019000245, SSP/CE e CPF nº 269.922.858-47

Outorgado: José Fernando Alves Freitas, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Francisco Luiz Paiano, nº 05, bairro Centro, Município de Tauá, Estado de (o) Ceará, Cep.: 63.660.000, portador (a) do RG nº 2528182270 SSP/CE e CPF nº 027.209.802-58

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Thiago Alves Siqueira, ocorrido em 17/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Tauá/CE, 11, de Março de 2018.

Antonio Cleno Alves Siqueira
Outorgante
CPF Nº 269.922.858-47

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CIB42 353 FEL 02 RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de Antonio Cleno Alves Siqueira
Tauá, Tauá, Ceará 14 MAR 2018
Em testemunho da verdade

ATENDIDO POR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 MAI 2018

PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio Cláudio Alves Siqueira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Tiago, nº 55, bairro Conceição, Município de Tauá, Estado de(o) Ceará, Cep. 63.660-000, portador(a) do Rg nº 2001501400 2124, SSP/CE e CPF nº 269.222.853-42

Outorgado: José Fernando Alves Freitas, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Francisco Luiz Pinheiro, nº 05, bairro Centro, Município de Tauá, Estado de (o) Ceará, Cep.: 63.660-000, portador (a) do RG nº 2518222100 SSP/CE e CPF nº 027.209.803-58

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Thiago Alves Siqueira, ocorrido em 17/01/2016, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Tauá-CE, 11 de janeiro de 2016.

Antônio Cláudio Alves Siqueira
Outorgante
CPF Nº 269.222.853-42

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 MAI 2016

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE
14 MAR 2016

ATENDIDO POR

PROCURAÇÃO

Outorgante: ..... brasileiro(a), estado civil ..... profissão ....., residente e domiciliado à Rua ....., nº ....., bairro ....., Município de ....., Estado de(o) ....., Cep. ....., portador(a) do Rg nº ....., SSP/..... e CPF nº .....

Outorgado: ....., estado civil ....., profissão ....., residente e domiciliado(a) à Rua ....., nº ....., bairro ....., Município de ....., Estado de (o) ....., Cep.: ....., portador (a) do RG nº ..... SSP/ ..... e CPF nº .....

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ....., ocorrido em ....., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

....., de ..... de 2018.

CÓPIA

.....
Outorgante
CPF Nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FEL 02 RECONHECIMENTO DE FIRMA C1842.353

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

14 MAR 2018

ATENDIDO

QUIPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 MAI 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306631/18

Número do Sinistro: 3180388055

Vítima: FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA

Data do acidente: 17/01/2018

CPF: 095.374.413-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO THIAGO ALVES SIOUEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Outros

FRANCISCO THIAGO ALVES SIQUEIRA : 095.374.413-26

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/09/2018	Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: JOSE JANIEL ALVES FREITAS	Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 027.209.803-58	CPF: 048.755.333-06
JOSE JANIEL ALVES FREITAS	LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA