

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: Rozo Andre Bezerra Júnior		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Casado	Profissão: Autônomo	Carteira de Identidade: 009.730.957-03	
CPF nº: 008.371.677-79	Residência: AV. Bernardo Manoel, nº 7152		
Bairro: Serrinha	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60741-600

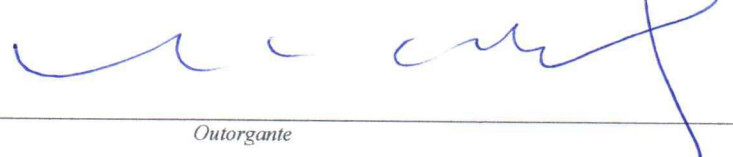
OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco,E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: (85) 9657.0528
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 06 de dezembro de 2017.



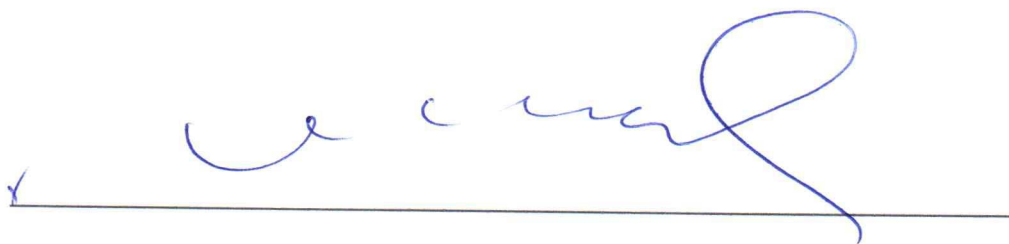
X _____
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Rozo André Bezerra Júnior,
brasileiro(a), casado, autônomo, portador da Carteira de Identidade/RG nº
009.730.957-03 e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.371.677-79, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Bernardo Manoel, nº 7152, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 06 de dezembro de 2.017.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 9

FLS. _____

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5254 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2017 08:31:14**
Data / Hora da Ocorrência: **31/01/2017 11:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BERNARDO MANUEL , 7152**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A TRANSP AMC**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR**
Nascimento: **17/02/1958** CPF: **008.371.677-79**
RG: **91002162443** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA SOLIDADE CORDEIRO BEZERRA**
ROZO ANDRE BEZERRA
Endereço: **AVENIDA BERNARDO MANOEL, 7152**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.741-600**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98737-1573**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMZ7460** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2ND1110FR001031** Renavam: **1023468295** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **ANA CLAUDIA GOMES DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMZ-7460-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. BERNARDO MANUEL E AO TENTAR SUBIR A RAMPA QUE DÁ ACESSO A ENTRADA DA SUA RESIDÊNCIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA CALÇADA; QUE, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** _____**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**



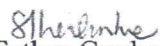
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Rozo André Bezerra Junior**, no dia **31/01/2017**, às **13h35min**, na **Avenida Bernardo Manuel**, no **Bairro Serrinha**, vítima de acidente de trânsito. Removido ao Instituto Doutor José Frota.

Documento requerido pela Sra. **Andréa Bezerra Coelho**, Processo nº **P571859/2017**.

Fortaleza, 7 de março de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



Seguradora Líder • DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML PARA SEGURO O DPVAT

Eu, Rozo Andrei Bezerra Junior,
Portador da carteira de identidade nº 91002162443, e inscrito no CPF/MF sob o nº
008.371.677-79, Reside e domicilia na Rua: Bernardo Manuel
Número: 7152, Bairro: Serrinha, Cidade: Fortaleza, Estado: CE,

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza pericias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

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

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

LOCAL Fortaleza/CE DATA 01 / 11 / 17

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Claudia Gomes dos Santos,
 RG nº 20081961850, data de expedição 22/05/15,
 Órgão SSPD, portador do CPF nº 642.091.303-97, com
 domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
CE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Bernardo Manuêl, nº 7152,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Rozo André Bezerra Junior, cujo o condutor era
Rozo André Bezerra Junior.

Veículo: motociclo

Modelo: xRB 300

Ano: 2014

Placa: PM2 7460

Chassi: 9C2ND1110FRO01031

Data do Acidente: 31/10/17

Local e Data: Fortaleza/CE 27/10/17



Ana Claudia G dos Santos
 Assinatura do Declarante (Reconhecido firma em cartório por autenticidade)

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



CARTÓRIO TAPERA
 R. José Carlos Guedes, S/Nº
 Distrito Tapera - Aquidauana-CE
 Fone: (85) 9801.0000

Reconheço a(s) firma(s) de ANA CLAUDIA GOMES DOS SANTOS no anverso desta folha por autenticidade.
 Distrito Tapera: 27 OUT. 2017 Aquidauana/CE
 Em testemunho _____ da verdade
 Afm. Almeida Barboza - Tabelão / Registrador



EXAME: RX ART. TIBIO TARSICA (ESQUERDO)
CONVENIO: PARTICULAR
PEDIDO: 51646
DATA DO EXAME: 15/03/2017
PACIENTE: ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Fratura cominutiva dos maleólos medial e lateral com deslocamento dos fragmentos.
Há fixador externo metálico.

Densitometria óssea

Mamografia

Raio X

Ultrassonografia

Mapeamento de Endometriose

Doppler

Equipe médica formada
por membros titulares
do Colégio Brasileiro
de Radiologia

Dr. Álamo Granja Costa
CREMEC: 7387

Dr. Paulo Marcelo Alencar
CREMEC: 7275

Dr. Sabino Oliveira Neto
CREMEC: 7506

Dr. Gregório Sodrê Filho
CREMEC: 9146

OBS.:

Exame realizado em filme e ecrans especiais.
Reduz a radiação em 50%.

Rua Germano Franck, 734
Parangaba
Hospital Menino Jesus
Salas 1 a 6
85 3495.9362
85 3047.9361
(85) 98828.6439

Dr(a). ALAMO GRANJA COSTA
CRM 7387

Atendimento.....: 1093429 Data: 07/02/2017
Paciente.....: ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR
Solicitante.....: DR. JOAO BATISTA GOMES DA SILVA
Convênio.....: PARTICULAR
Exame: RX.PE OU PODODACTILOS E

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO AP/P

RELATÓRIO:

Osteofitose incipiente na cabeça do 1º metatarso e cuneiforme medial.

Aparato metálico de fixação externa.

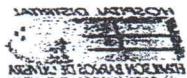
Alteração da morfologia da fíbula distal, o que pode estar relacionado a fratura.

Convém correlacionar com grafias prévias.



Dra. Vanessa Maria Soares Radtke
Médica Radiologista - CRM 8452/CE

S



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Rogo André Bezerra Júnior

Paciente com sequelas de
fratura do tornozelo com
pseudartrose e deformidade.
Igreja cirurgia de artroscopia.
Sugiro 6 meses de afastamento
do trabalho
599.7

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Leonardo Pierre Quental
ORTOPEDIA
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114

01 de 08 de 2017

Assinatura e carimbo do profissional

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA ARTICULAR
 Av. Humberto Monte, 1440
 Fone: (85) 3283.4784 / 98800.0778
 clínicaarticular@gmail.com
 Fortaleza - Ceará

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
 2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-9

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Rosa Anderson B. Junior

Endereço: R. Bernardo Azevedo, 7152

Prescrição: Injeção por 2 dias

Vias 3 x dia

Data 02/02/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
 Nome: _____

 Ident.: _____ Orgão Emissor: _____
 End.: _____

 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

 Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA ARTICULAR
 Av. Humberto Monte, 1440
 Fone: (85) 3283.4784 / 98800.0778
 clinicaarticular@gmail.com
 Fortaleza - Ceará

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-21

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Rafael Andre B. Silva

Endereço: R. Bernardo Vieira 7152

Prescrição: Celebrex 500mg — 400g

Terapia 616h,

Data 01/02/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAUDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE:

Rego Andre Begatta Junior

Paciente em acompanhamento
de prandartrose infectada do
tornozelo em fase de tratamento
da infecção para posterior
realização cirúrgica.
Segue 3 meses de afastamento
do trabalho
M25.5

Gráfica HDEBO - Messejana

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Leonardo Pierre Quintal
ORTOPEDIA
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114

Fortaleza, 09 de 05 de 2017

Assinatura e carimbo do profissional



Dose: comprimidos 12 en 12
Vidas por 28 días

25/07/27

Leonardo Pierre Quental
ORTOPEDIA
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114

1ª via da Farmácia 2ª via do Paciente



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente: Rozo André Bezerra Júnior
Endereço: Av. Barreira Manoel Fial
Bairro: _____ Fone: _____
Prescrição: Rifonam spray 1x

spray 2 spray na região
com curativo

02/05/17
Leonardo Pierre Quental
ORTOPEDIA
Cirurgia de Pé e Tornozelo
CRM 9114

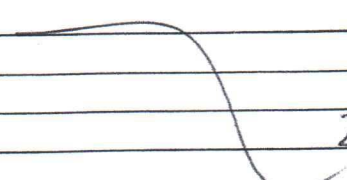
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Identificação: _____
Órgão Emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____
Data: ____/____/____

1ª via da Farmácia 2ª via do Paciente

	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810 Fone (85) 3105.1560 - CNPJ 07.835.044/0004-23		
Paciente: <u>Rozo André Bezerra Júnior</u> Endereço: <u>Av. Fernandes Pessoa 7152</u> Bairro: _____ Fone: _____ Prescrição: <u>Ciprofloxacina 500mg - 1Cx</u> <u>Tomar 1 comprimido 12 em</u> <u>12 horas por 7 dias</u> <u>23/05/17</u>  Leonardo Pierre Oriental ORTÓPEDA Cirurgião de Mão e Tornozelo CRM 19444		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome Completo: _____ Identificação: _____ Órgão Emissor: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____	
1ª via da Farmácia 2ª via do Paciente		



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para o Sr. *André*
dos *lins* *gus*, *Rosa* *André*
Bizume *junior* *Schneider*
por *expos* *de* *ferimento*
na *região* *de* *do* *no-*
mente *de* *repouso*;

CD: S-82.

[Signature]

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5755
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 14 / 02 / 17

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA ARTICULAR
 Av. Humberto Monte, 1440
 Fone: (85) 3283.4784 / 98800.0778
 clinicaarticular@gmail.com
 Fortaleza - Ceará

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-91

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Rosa Andréa B. Gomes

Endereço: R. Benedito Gomes 7152

Prescrição: uso oral

- Imunex per 2hs
uso no crechão
uso oral
Cephalexina 500mg 400p
1 cap 12/12h

Data 14/02/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
 Nome: B. JUNIOR
 Ident.: 97002167473 Orgão Emissor: CE
 End.:
 Cidade: Fort UF: CE
 Telefone: 3295.4883

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
 Assinatura do Farmacêutico Data / /

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA ARTICULAR
 Av. Humberto Monte, 1440
 Fone: (85) 3283.4784 / 98800.0778
 clinicaarticular@gmail.com
 Fortaleza - Ceará

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
 2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5153
 CPF: 228.775.923-71

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Rafael André B. Gomes

Endereço: R. Bernardo Vieira 7152

Prescrição: Celebrex 500mg

100cp

Terapia 6/bh,

Data: 01/02/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
 Nome: _____

 Ident.: _____ Orgão Emissor: _____
 End.: _____

 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

 Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAZ CIDADZ
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSAO DE
91002162443 SEREC CE

CPF
008.371.677-79 DATA NASCIMENTO
17/02/1998

FUNCAO
ROZO ANDRE BEZERRA

MARIA SOLIDADE
CORDEIRO BEZERRA

PLACADO MCE DATA
30/01/2020 16/06/1982

Nº REGISTRO
00973095703

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
30/01/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

85849214266
CE145952908

Assinatura do titular

1076367050

1076367050

1076367050

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013147169463
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PPT 01 01023462795 0000000000 2016
VIA COD-RENAVAM RNTTC EXERCICIO

ANA CLAUDIA GEMES DOS SANTOS
FORTALEZA / CE
64209130397
PLACA ANTI/UF PLACA PMZ7460/CE
CHASSI 9C2ND1110F001031

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO
HONDA/XRE 300
CAP/POT/OIL ANO FAB. ANO MOD.
2P/OCV/291CC 2014 2015
CATEGORIA COR PREDOMINANTE
PARTIC PRETA

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

FAIXA IPIVA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1º 2º 3º
COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
1º 2º 3º
OBSERVAÇÕES

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

CE Nº 013147169463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO
2016 20/12/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 64209130397 PMZ7460

RENAVAM MARCA / MODELO
01023462795 HONDA/XRE 300

ANO FAB. CAT. AGE Nº CHASSI
2014 09 9C2ND1110F001031

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL BILHETE (R\$)
4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
8 COTA UNICA 19/12/2016

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463

SEGURODPVAT Nº 013147169463



AUTO-ATENDIMENTO - IRACEMA
DATA: 01/11/2017
TERMINAL: 003111147

HORA: 13:35:19
CONTROLE: 003111470375

CONTA CREDITADA: 0926.001.00000953-1
NOME: ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR



SANTANDER FREE

Nº DO CARTÃO 5447 XXXX XXXX 6128 | MASTERCARD

Limite Total de Crédito	R\$ 4.150,00
Limite para saque à vista**	R\$ 0,00
Limite disponível em 05/10/2017	R\$ 4.010,00

**A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão.

Pagamento Mínimo R\$ 20,00	Total desta Fatura R\$ 70,00
Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o Total da Fatura, esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do Crédito Rotativo e IOF.	
Vencimento 18/10/2017	

(85)987740318
(85)988994932
(85)30356947

Parcelas a vencer	Próxima Fatura	Total a Vencer*
Compras Parceladas	R\$ 70,00	R\$ 70,00
TOTAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00

*Somatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima).

Conveniência

Através do Internet Banking ou do Aplicativo Santander você tem acesso a sua fatura dos últimos 12 meses com segurança e rapidez: 24 horas por dia, 7 dias por semana. Você também pode cadastrar o envio de sua fatura por e-mail e conferir as suas opções de parcelamento de fatura nesses canais.

Juros (ao mês) para o próximo período

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	10,19%
Saques	18,89%
Compras Parceladas com juros	2,49%
Parcelamento de Fatura	9,99%
Total Parcelado	7,99%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 5,58.

Pontos Esfera

Quanto mais você usa seu cartão de crédito, mais você acumula Bônus Esfera, que podem ser trocados por produtos, viagens, serviços, educação ou doações, além de contar com as Ofertas Esfera. Até 50% de desconto em mais de 300 parceiros. Acesse www.santanderesfera.com.br

Importante

A PARTIR DE 15/08/17 A ANUIDADE SERÁ REAJUSTADA. O NOVO VALOR SERÁ COBRADO NA RENOVACAO. CASO SEU CARTÃO TENHA CONDIÇÃO DE PREÇO DIFERENCIADO, COMO USO MÍNIMO DO CARTÃO, ESSA SERÁ MANTIDA. CONSULTE CONDIÇÕES EM: SANTANDER.COM.BR. O REGULAMENTO DO ESFERA FOI ALTERADO ACESSE: SANTANDERESFERA.COM.BR

Data de fechamento desta fatura 05/10/2017

Previsão de fechamento da próxima fatura 07/11/2017

		Prefixo 033-7	03399.49281 36981.727807.32774 301025 2 00000000000000		
Nome do Pagador: ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR - CPF/CNPJ: 008.371.677-79 BERNARDO MANUEL 7152 - CASA SERRINHA CEP 60741-600 FORTALEZA CE					
Fosso Número 8172780327743	Número do Documento 7097660079972870	Data de Vencimento 18/10/2017	Valor do Documento R\$ 70,00	Valor pago R\$	
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011					
Agência / Código Beneficiária 050 04 92836 9			Autenticação Mecânica		

TIM



7214049716 02757 00000086533 30 030117

CTCE FORTALEZA CE PL3
FRANCISCO LAELCIO BERNARDINO MUNIZ
VILA CASTRO, 703
VILA PERI
60730-190 - FORTALEZA - CE





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Felipe da Silva Bernardino Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 538.546.403-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rozo André Bezerra Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.371.677-79, do sinistro de DPVAT cobertura invalidar da Vítima Rozo André Bezerra Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.371.677-79, 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.

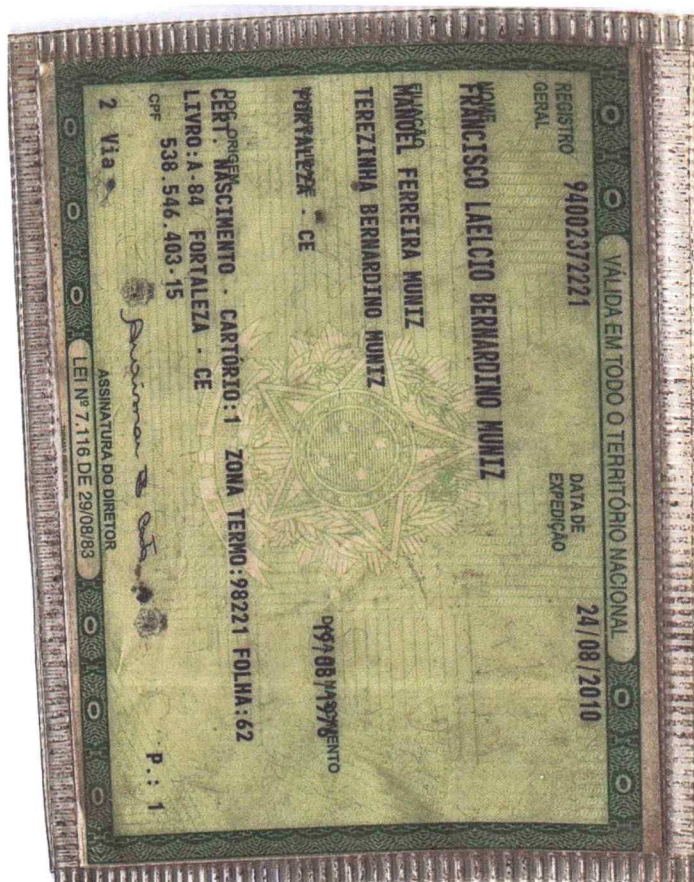
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Vila Castro</u>		Número <u>703</u>	Complemento
Bairro <u>Vila Peri</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60730-190</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(85)30356947</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)98704-9599</u>

Fortaleza de 01 de Novembro de 17

Local e Data


 Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rozo Andre Bezerra Junior, Brasileiro (a)
 Estado Civil recusou, Profissão Recusou Inscrito com o Nº de RG:
910002162443 e CPF: 008.371.677-79 Residente e
 domiciliado(a) à rua Bernardo Manuel
 Nº: 7152 Bairro: Serrinha Cidade: Fortaleza
 Estado: CE CEP: 60741-600 Fone: (85)987740318

OUTORGADO: Francisco de Alcides Bernardino Muniz
 Inscrito com o Nº de RG: 9400237221
 e CPF: 538.546.403-15 Residente e domiciliado na: Vila Castro
 Nº: 703 Bairro: Vila Peri
 Cidade: Fortaleza; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Rozo Andre Bezerra Junior, ocorrido em 31/01/17.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Fortaleza, (CE), 27 de Outubro de 2017



OUTORGANTE



CARTÓRIO TAPERA
 R. José Carlos Góes da S. 5A
 Distrito Tapera - Aquidauana - CE
 Fone: (85) 3604.0000

Reconheço(a) firma(s) de ROZO ANDRE BEZERRA JUNIOR no anverso desta folha por autenticidade.

Distrito Tapera: 27 OUT/2017 Aquidauana/CE
 Em testemunho [assinatura] da uscente
 Aln. Almeida Barbosa - Tabelão / Registradora