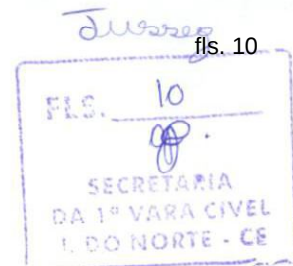




ACTUS
Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

ISAIS DE MORAIS NECO, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG N°: 2006029
264561 SSP/CE e do CPF 072.642.473-69, residente e domiciliado na Av.
PARANÁ, 404, RIBEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE/CE.

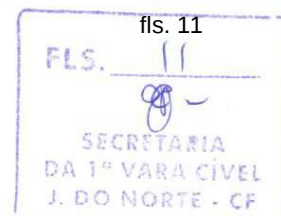
pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 20 de outubro de 2016.

x ISAIAS DE MORAIS NECO



ACTUS
Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 20 de outubro de 2016

x ISAÍAS DE MORAIS NETO

<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3150898805 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISAIAS DE MORAIS NECO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

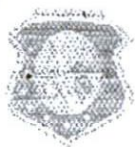
BENEFICIÁRIO ISAIAS DE MORAIS NECO

● **CPF/CNPJ:** 07264247309

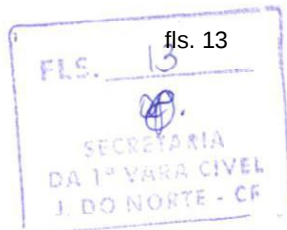
Posição em 20-10-2016 10:33:49

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
19/01/2016	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 15717/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 06/10/2015 17:47:09
Data / Hora da Ocorrência : 26/09/2015 20:40:00
Endereço da Ocorrência: R. DO PAU

SÃO JOSÉ JUAZEIRO DO NORTE - CE

Ponto de Referência: PASSARELA



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISALAS DE MORAIS NECO**
Nascimento : 27/11/1998
CPF: 2006029264561 Órgão Emissor: SSP UF: CE CPF: 07264247209
Filiação: **JOSE NECO DE OLIVEIRA**
MARIA APARECIDA SOUSA DE OLIVEIRA
Endereço: **AV PARANA 404**
ROMEIRÃO
JUAZEIRO DO NORTE - CE BRASIL

Telefone: 88988958374

Dados da(s) Veículo(s)

TIPO: **CICLOMOTOR MARCA: HONDA XY50Q PHOENIX**
PLACA: **XXX0000 MUNICÍPIO / UF: JUAZEIRO DO NORTE / CE**
MODELO/FABRICAÇÃO: 2012/2011 COR: **VERMELHA**
RENAVAM: 30717 CHASSI: **LXYXCBL00C0523972**
SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: JOSEFA CARLOS DE OLIVEIRA**
ENVOLVIMENTO: **COLISAO**

Histórico

Acima A NOTICIANTE, advertida das penas previstas no falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS SEU VEÍCULO ESTAVA CONDUZINDO VEÍCULO CICLOMOTOR ACIMA DESCRITO, QUANDO AO ENTRAR NUMA RUA, UMA MOTOCICLETA 150CC, PRETA, CONDUZIDA POR UM HOMEM, COLIDIU DE FRENTE COM SEU VEÍCULO, QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO QUE A PRÓPRIA VÍTIMA PARA O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, UTA, JUAZEIRO DO NORTE/CE, QUE DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU FRATURA DA RÓTULA, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 011509220028; QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH DO NOTICIANTE, DOCUMENTOS PESSOAIS DA VÍTIMA, PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DOCUMENTO DO VEÍCULO E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado

Jose Neco de Oliveira

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

[Assinatura]

Página 1 de 2

Impresso em 06/10/2015 06:02

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS OLEGARIO CAVALCANTE PINHEIRO, liberado nos autos em 25/06/2018 às 20:37. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0067157-44.2016.8.06.0112 e código 38AD6C1.



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

fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 15/11/2018

Noticiante(s)

Nome : JOSE NECO DE OLIVEIRA

Endereço : AV PARANÁ 404 B

Bairro : ROMEIRÃO

Município/UF : JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: 88989312939

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Maria Juliete*

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *x Jose Neco de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

FLS. 15
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Eu, Isaias de Morais Neto, portador da carteira de identidade nº 2006019264561 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.642.473-09 residente e domiciliado na Av. Paraná 404 CS B - Pomeiros Cidade J. do Norte Estado Ceará declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

responsável → x JOSE NELLO DE OLIVEIRA

vítima → x ISAÍAS DE MORAIS NETO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. do Norte - CE 19/10/15

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josafa Carlos de Oliveira,
RG nº 24.095.965.6, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 248.772.123.53, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua = Teden op Santos, nº 2241,
complemento laura, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Isaias de Moraes Neto, cujo o condutor era
Isaias de Moraes Neto.

Veículo: CICLOMOTOR
Modelo: XY500/PHOENIX - VERMELHA
Ano: 2011/2012
Placa: 11
Chassi: LX4XC0200C0523972
Data do Acidente:
Local e Data: Juazeiro do Norte

Josafa Carlos de Oliveira
Assinatura do Declarante

Isaias de Moraes Neto

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

 Bel. Paulo de Tarso G. Machado Tabelião Av. Padre Cícero, 2030 • Salesianos • CEP 63050-292 • Telefax: (88) 3511.2042 - 3512.1313 - 3511.1511 E-mail: jtpaulo@uol.com.br • Juazeiro do Norte - CE	Bel. Cicero A. G. Machado • Bel. João G. Machado Substitutos
RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSAFÁ CARLOS DE OLIVEIRA.	
Em testemunho da verdade. Dou fe. Juazeiro do Norte-Ceará. 10/11/2015.	
Paulo de Tarso Gondim Machado	
[EM: 2.08][FE: 0.14][SE: 0.82][FA: 0.10][SS: 0.04][11.0.00] Bel. Paulo de Tarso G. Machado • Bel. Cicero A. G. Machado • Bel. João G. Machado • Maria R. G. Machado Couto	



Maria Regina G. M. Couto
 Fone: (88) 3512.1313
 3511.2042 • 3511.1518

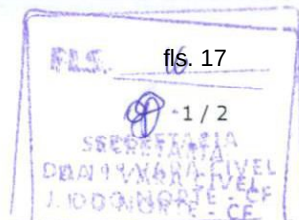


JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico



Nome Paciente: **ISAIAS DE MORAIS NECO**
Nome Mãe: **MARIA APARECIDA SOUSA DE OLIVEIRA**
Data Nascimento: **27/11/1998** Idade Aparente: **16** Sexo: **M**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **081 AV PARANA,**
Bairro: **ROMEIRAO**
CEP: **63000000**

Data: **26/09/2015 21:17**
Nº Atendimento: **011509260262** Nº Cartão SUS:
Cor: **PARDA** Telefone: **0000000000**
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **404B** Compl.:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **MEIOS PROPRIOS**

Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Nível **LÚCIDO**

Escala de Dor:

Queixa: **Paciente vitima de acidente de moto apresenta escoriações em MMI esquerdo e MMS relata dor**

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(Cº):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação
de Risco: **Verde**

Especialidade: **CLINICA MÉDICA**

Anamnese:

escoriações após acidente

Exame Físico

escoriações após acidente

Hipótese Diagnóstica:

escoriações após acidente

Diagnóstico primário:

Dor em membro

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

diclofenaco im

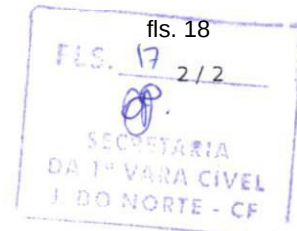
Reavaliação:



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte
UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico



Nome Paciente: ISAIAS DE MORAIS NECO

Data Nascimento: 27/11/1998

Idade Aparente: 16

Sexo: M

Data: 26/09/2015 21:17

Nº Atendimento: 011509260262 Nº Cartão SUS:

Procedimentos

- ♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

Atendimento	Data / Hora	Profissional	Clínica
-------------	-------------	--------------	---------

Descrição

Sinais

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora	Profissional	Clínica	Tipo
26/09/2015 21:34	TAISE VASQUES DANTAS LANDIM	CLINICA MÉDICA	INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Saída do A - Alta por Decisão Médica

Data: 26/09/2015

Hora: 21:36

Destino:

Observação

Médico: TAISE VASQUES DANTAS LANDIM

CRM: 15733

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **ISAIAS DE MORAIS NECO**
Nome Mãe: **MARIA APARARECIDA SOUSA OLIVEIRA**
Data Nascimento: **27/11/1998** Idade Aparente: **16** Sexo: **M**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **081 PARANA,**
Bairro: **PIRAJA**
CEP: **63000000**

Data: **28/09/2015 06:55**
Nº Atendimento: **011509280028** Nº Cartão SUS:
Cor: **PARDA** Telefone: **8888641280**
Naturalidade: **JUAZEIRO DO NORTE**
Nº: **44B** Compl.:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE** UF: **CE**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **MEIOS PROPRIOS**

Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Nível **LÚCIDO**

Escala de Dor:

Queixa: **DOR EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTA ESCORIAÇÕES, TEM DOIS DIAS DE ACIDENTE DE MOTO**

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias **DIPIRONA**

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(Cº):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação
de Risco: **Verde**

Especialidade: **CLÍNICA MÉDICA**

Anamnese:

PAC VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS APRESENTANDO ESCORIAÇÕES, DOR E EDEMA EM JOELHO ESQ

Exame Físico

ESCORIAÇÕES, EDEMA E DOR A MOBILIZAÇÃO EM JOELHO ESQ

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA

Diagnóstico primário:

Fratura da rótula [patela]

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

SOL RX DE JOELHO ESQ, JÁ ENCONTRA-SE MEDICADO+ REAVALIAÇÃO

Reavaliação:

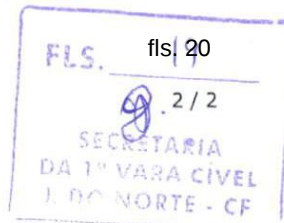


JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico



Nome Paciente: ISAIAS DE MORAIS NECO

Data Nascimento: 27/11/1998

Idade Aparente: 16

Sexo: M

Data: 28/09/2015 06:55

Nº Atendimento: 011509280028 Nº Cartão SUS:

Procedimentos

- ♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

Atendimento

Data / Hora

Profissional

Clínica

Descrição

Sinais

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora

Profissional

Clínica

Tipo

28/09/2015 07:40

ANA AURELIA TAVARES DA CRUZ CLINICA

CLINICA MÉDICA

INÍCIO DO ATENDIMENTO
MÉDICO

Saída do: A - Alta por Decisao Medica

Data: 28/09/2015

Hora: 7:46

Destino:

Observaçã

Médico: ANA AURELIA TAVARES DA CRUZ CLINICA

CRM: 15220

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
072.642.473-09

Nome
ISAIAS DE MORAIS NECO

Nascimento
27/11/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Isaias de morais Neco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
BA37.547E.E018.BB41

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:39:41 do dia 01/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

LEI Nº 116 DE 28/03/2003

CPF
247 J. DO NORTE CE

DOC ORIGIN. CERT. NASC. 83546 L 157 F

27/11/1998
DATA DE NASCIMENTO

J. DO NORTE-CE
NATURALIDADE

JOSE NECO DE OLIVEIRA E MARIA A
FILIAÇÃO

ISAIAS DE MORAIS NECO
NOME

22006029264561
REGISTRO GERAL

25/11/2006
DATA DE EMISSÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Fls. 20
Fls. 21



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **072.642.473-09**

Nome da Pessoa Física: **ISAIAS DE MORAIS NECO**

Data de Nascimento: **27/11/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/07/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:01:24** do dia **19/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **01DC.9590.0E86.0849**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento **não** substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

19/10/2015 09:0

Recebimento de Antonei Com Motos e Acess Ltda os Produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado

Data de Recebimento: 06/08/2011 Identificação e Assinatura do Recebedor: Em 06/08/2011

NF-e
Nº 000.001.768
Série: 001



DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saida: 1
Entrada: 0
Nº 000.001.768
Série: 001
Folha 1/1

Chave de Acesso



Chave de Acesso
211 0809 4612 5300 0137 5500 1000 0017 6810 0001 7688

Consulta de autenticidade do portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza da Operação
Venda a prazo - D/E

Protocolo de Autorização

13110033218773 - 06/08/2011 09:50:53

Inscrição Estadual
063604258

Inscrição Estadual Sub. Tributária

CNPJ

09.461.253/0001-1

DESTINATÁRIO / RECEBENTE

Nome / Razão Social
JOSAFÁ CARLOS DE OLIVEIRA

CNPJ / CPF

248.772.123-53

Data de Emissão

06/08/2011

Endereço
Rua TUCOS OS SANTOS, 2241 - CASA

Município / Distrito
MEIRAO

CEP

63000-000

Data de Saída / Entrada
06/08/2011

Município
Juazeiro do Norte

Fone / Fax

88 3571 1760

Inscrição Estadual

Hora de Saída / Entrada
09:39:03

FATURA

Nº Dup.	Vencimento	Valor	Nº Dup.	Vencimento	Valor	Nº Dup.	Vencimento	Valor	Nº Dup.	Vencimento	Valor	Nº Dup.	Vencimento	Valor
X001768A	06/08/2011	1400,00	X001768B	03/08/2011	1000,00	X001768C	21/07/2011	35,00	X001768D	21/08/2011	135,00	X001768E	21/09/2011	135,00
X001768F	21/10/2011	135,00	X001768G	21/11/2011	135,00	X001768H	21/12/2011	135,00	X001768I	21/01/2012	135,00	X001768J	21/02/2012	135,00
X001768K	21/03/2012	135,00	X001768L	21/04/2012	135,00									

CALCULO DOS IMPOSTOS

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de Calc. de ICMS Substituição	Valor do ICMS Substituição	Valor	Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00		3750,00
Valor do IPI	Valor do Seguro	Desconto	Outras Despesas Acessórias	Valor do IPI	Valor
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Total da Nota
					3750,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ / CPF
	9 - Sem frete				
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
1	CICLOMOTOR	SHINERAY	1		

Cod. Prod.	Descrição do Produto	NCM/SH	CST	CFOP	Unid.	Quantidade	Vir. Unit.	Vir. Total	BC ICMS	Vir ICMS	Vir IPI	Aliq. ICMS	Aliq. IPI
00586	XY500 / PHOENIX - VERMELHA - CICLOMOTOR	87111000	010	5403	UN	1,00	3750,0000	3750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	XYCBL00C0523972-FAB/MOD:2011/2012-NF3463												

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares
CHASSILXYCBL00C0523972-FAB/MOD:2011/2012-NF ORIGEM:3463-MOTOR:1P39FMB CA061190-49cc-Renavam:030717-Gasolina-IMPOSTO RETIDO POR SUBST. TRIBUTARIA CONF. DEC. 23/217/2001 E ALTERACOES. SEM RESERVA OU ALIENACAO FIDUCIARIA. GARANTIA DE 6 MESES EM MOTOR E CAMBO.

Informações Adicionais ao Fisco

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE NECO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
20086139430 SSP CE

CPF
746.253.813-04

DATA NASCIMENTO
19/07/1977

FILIAÇÃO
LUIZ FERNANDES DE OLIVEIRA
MARIA DE MORAES NECO OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. A

Nº REGISTRO
04796876874

VALIDADE
29/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/10/2009

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE NECO DE OLIVEIRA

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
05/08/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
ICOR VASCONCELOS PENTE
66384240846
CE143011987

DETRAN - CE - JUAZEIRO DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
951153639

PROIBIDO PLASTIFICAR
951153639

FLS. 23
SECRETARIA
DE JUAZEIRO DO NORTE - CE



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

SECRETARIA
VORTE - CF

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Isaias de Moraes Neco
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2006 029264561 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 29 / 11 / 06 E
 CPF 072642473-09 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Isaias de Moraes Neco, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17418-4

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

responsável x JOSE NELLO DE OLIVEIRA

J. do Monte 19 de 10

LOCAL E DATA

de 15

x ISAÍAS DE MORAIS NECO

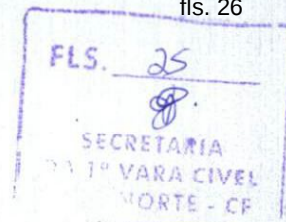
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

vítima

ATENÇÃO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS OLEGARIO CAVALCANTE PINHEIRO, liberado nos autos em 25/06/2018 às 20:37. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0067157-44.2016.8.06.0112 e código 38AD6C6



AUTO-ATENDIMENTO - CEF NOVA JUAZEIRO
DATA: 12/10/2015 HORA: 20:22:13
TERMINAL: 35871009 CONTROLE: 358710090407

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 0032 / JUAZEIRO DO NORTE
CONTA : 013.00.323.464-5
NOME : JOSE NECO DE OLIVEIRA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO
CONTA : 013.00.017.418-4
NOME : ISAIAS DE MORAIS NECO

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 12/10/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

FLS. 26
 SECRETARIA
 DA 1ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isaias de Morais NecoRG nº 2006029264561 data de expedição 25/11/06 Órgão SSP-CE

CPF nº 072 642 473-09 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Panamã</u>
Número	<u>404</u>
Apto / Complemento	<u>co B</u>
Bairro	<u>Romeirão</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63050-620</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 9981-8213 9 8805-9802</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte - CE 19/10/15responsável: X JOSÉ NECO DE OLIVEIRAAssinatura do Declarante: X ISAIAS DE MORAIS NECO

↓
vítima

Nº DO CLIENTE
1832720-6



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - LÂMBER-4 I Nº 400171679

Relat: 04 13000 12 095600 - 1 Data de Emissão: 04/09/2015

Nome: MARIA APARECIDA SOUZA DE OLIVEIRA

End: AV PARANA 00404 CS B

ROMEIRAO - JUAZEIRO DO NORTE - 63050620

Telefone: 2397816

Porte: 9999 A81E

Uso: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG: 651054433-49

Nome do Atendente:

DATAS: Data de Início: 04/09/2015 Data de Término: 06/10/2015

Set/2015 04/09/2015 06/10/2015 JUAZEIRO DO NORTE
Jul/2015 EUSD 25,32
DICI= 0,30 F

ICMS	Valor	Alíquota	Valor do Imposto
100.29	27.00%	27.07	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL	Valor	Alíquota	Valor do Imposto
B472.3438.4977.9600.7105.07F1.9F65.5400			

INFORMAÇÕES SOBRE OTIMIZAMENTO DO CONSUMO

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
11683	11537	1.00	146	0.00	34	0.24044	7.21		
					76	0.41217	26.05		
					46	0.61025	39.44		

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	Valor
100,29	
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-35,79
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,66
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,82
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 1/1	16,75
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,40)	

VENCIMENTO: 14/09/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 92,73

Descrição	Valor
Energia	29,88
Transmissão	0,61
Distribuição	11,66
Encargos Setoriais	1,67
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	32,16
TOTAL	75,98

63,10 0,00

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS OLEGARIO CAVALCANTE PINHEIRO, liberado nos autos em 25/06/2018 às 20:37. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0067157-44.2016.8.06.0112 e código 38AD6C6.