

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON FIRMINO NEVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000024109-4

Nr. da Autenticação E908CDAC6B63A250



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Agência de Águas

Nº de Inscrição:

022441921

00015

Impresso

DADOS DO CLIENTE:

Nome: EDVAL COSTA S/N V.R.
Endereço: RUA PERPETUO DA CUNHA, 666, JORO CRGRAL

CEP: 63055-110

Cidade: JUazeiro

Ind. Estratégico:

Endereço:	021	Selar:	006	Quadrante:	0052	Lote:	0105	Compr.:	0000
		Subsídio:	00	Subquadra:	00				

ECONOMIAS	001	Comercio	000	Industria	000	Pecuaria	000
Residencial	001						

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDOR

Identificação	Identific.	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumetria	Média Sazonal (m³)
FG11N249176		612	621	12	

DATAS:
Lectura Atual: 13/02/2016 Lectura Anterior: 13/01/2016
Lectura Anterior: 13/01/2016 Proximas Lectura: 15/03/2016

QUALIDADE DA ÁGUA DESTINADA EMERGENTE A:

Indicador	Class.	Tributário	Cor	Calibragem Total	Exigibilidade Coll.
Exigível	130	130	0	140	110
Atendido	130	130	0	140	110
Entregue	130	129	0	140	110

MEIAS AGÊNCIAS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracão substitui outras quitações do período e de anos anteriores. Constatamos débito de R\$ 32,45. Caso não, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

R\$ (R)
JUROS DE 01/03/07 AO DIA
MULTA DE 01/03/07

Valor(R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
23,46	Médiana Águas(m³) Zona(m³)
1,83	FEV/15 19 0
0,61	ABR/15 9 0
	MAY/15 4 0
	JUN/15 19 0
	JUL/15 7 0
	AGO/15 15 0
	SET/15 15 0
	OUT/15 15 0
	NOV/15 11 0
	DEC/15 15 0
	JAN/16 15 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição Valor (R\$)
PIS 0,24
COFINS 1,23

VALOR DO SERVIÇO	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
17,92	0,00	17,92
22,92	0,00	22,92
25,84	0,00	25,84

MÊS/ANO	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2016	03/03/2016	25,84

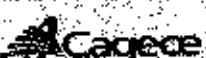
ONIX - CRMV EUGENIO

Este documento é de propriedade da Cagece. É vedada a sua reprodução, total ou parcial, sem autorização escrita da Cagece. O uso indevido pode resultar em punição administrativa e/ou penal.

O estabelecimento do crédito poderá ser considerado abusivo e irregular, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Mais informações pode obter no 0800 275 0168, na loja 021, no site www.cagece.com.br, ou no endereço: Cagece, 5101-1921, de 08 às 12h e 13h às 19h, ou durante o expediente 155. Sobre ANPC: www.anpc.gov.br.

Cagece
0800 275 0195 MOBILE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Agência de Águas

Fatura Mensal

Meu conserto
já está pronto

DADOS DO CLIENTE	352967053932673 - 2505	Mês/Ano: 02/2016
Inscrição: 022441921	Código do Subserviço:	
Local: 021	Selar: 006	Quadrante: 0052
	Subsídio: 00	Lote: 0105
	Subquadra: 00	Compr.: 0000

Cidade: JUAZEIRO | Vencimento: 03/03/2016 | Total(R\$): 25,84

82650000000 0 25000009000 3 02244192100 8 02003322015 1





Buletim de Ocorrência

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu EDVAL COSTA SILVA, portador(a) do RG nº 2007288759-6, expedido por SSP-CE, em 04 / 05 / 2009, CPF/CNPJ nº 043.911.473-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edson Finmino Neves do sinistro de DPVAT da natureza invalidez, da vítima Edson Finmino Neves, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Aux. de escritório Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: RECUSO COMPROVAR PROFISSÃO E RENDA

Edval Costa Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Zanena, Leão Jacinto,
RG nº 2009099445233, data de expedição 22/06/2009,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 60392772388, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Perpétua Caminho da Cunha, nº 931,
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 Edson Firmino Neves, cujo o condutor era
Edson Firmino Neves.

Veículo: motocicleta
Modelo: yamaha / Faztorn YBR 125K
Ano: 2009
Placa: NUX0603
Chassi: 9G6KE122040106141
Data do Acidente: 31-08-2016
Local e Data: Juazeiro do Norte - Ce. 23-09-2016

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Edson Firmino Neves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

ARQ

CARTÓRIO FÁRIZ	
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: <u>VANESSA LEÃO JACINTO</u> , D.O.U.FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 23/09/2016	
Maxwell Fáriz Xavier	
[EM:2,0][EE:0,5][SE:0,5][MPA:0,11][IS:0,05][TF:3,52]	
[CARTÓRIO FÁRIZ] [FIRME] [DATA]	
José Geraldo Fáriz Xavier	
NOTIFICADO	
FIRMA	
INP CB 720332	



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 31/08/2016 Data de Saída: 31/08/2016
Hora: 23:05 Hora de Saída: 23:05

Paciente

Name: 50058 EDSON FIRMINO NEVES

Nasc: 16/08/1986 Idade: 30

Responsável: EDSON FIRMINO NEVES

Telefone: Celular: (88) 99858-7320

Mãe: JOSEFA FIRMINO NEVES

Natural: JUAZEIRO DO

Endereço: JOAQUIM DE SOUZA MENEZES, 615, PIRAJÁ - JUAZEIRO DO CEP:

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 200403404261 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio:SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Quelxas do Paciente

PACIENTE 30 ANOS TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE QUEDA DE MOTO DEVIDO A COLISAO COM CARRO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM PE ESQUERDO. PACIENTE LOTE



T00057

Antecedentes Médicos
Exame Físico

CLINICO

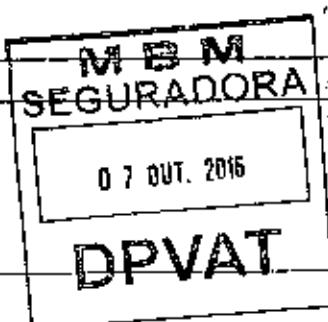
Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 S913

FERIMENTO

Tratamento

SINTOAMTICOS AGORA
EXPECTANTE

JOAO DE SOUSA LEITE
CRM: 10173 / CE

Diretor Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Cartão SUS: 898 05003158 1848 Data: 05/09/16 Hora: Sexo: M
Nome: Edison Francisco Neves Data Nasc: 16/08/86
Endereço: fozquinha de peças menge 615 Bairro: Praia
Município: Juazeiro Cod. Município:

ANAMNESE:

Queixa principal: Frac. de 3º de ombro esq.

HDA: paciente apesar de queixas de moto.

apertando dolor em 3º movimento de rot.

Diagnóstico Principal: Fr. de ombro esq. 3º

TRATAMENTO REALIZADO:

Materiais e Medicamentos Utilizados

Xiloxefina %.	Quantidade:
Soro Fisiológico ml	Quantidade:
Soro Glicosado ml	Quantidade:
Purês de Luvas	Quantidade:
Analgésicos	Quantidade:
Lâmina de Bisturi	Quantidade:
Atadura de Gesso cm	Quantidade:
Atadura de Crepon cm	Quantidade:
Atadura de Gesso cm	Quantidade:
Algodão Ortopédico	Quantidade:
Monohylon	Quantidade:
Monohylon	Quantidade:
Sutupak	Quantidade:
Catgut Simples	Quantidade:
Catgut Simples	Quantidade:
Sertix Simples	Quantidade:
Sertix Cromado	Quantidade:
OUTROS MATERIAIS	
	Quantidade:
	Quantidade:

Ronessa Leão Moinho

Dr. MARCELO PENA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10621 TECOT 12915



Dr. Jofrânia Bandeira



S

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

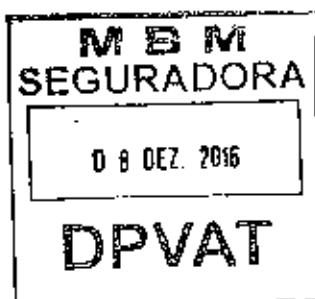
Atesto para os Srs.
que Edson Figueira
Vives sofreu acidente de moto,
no dia 31/08/2016 que resultou
em fratura na mão
esquerda e no pé esquerdo.
O paciente foi atendido
imobilizado com gesso e
fisioterapia com alto grau
de limitação funcional e
regrediu muito (limita-
ção de 50% de movimentos)
na mão e no pé esquerdo.

14/11/2016

Dr. Jofrânia B. F. de Carvalho
Médico
CREMEC - 6795

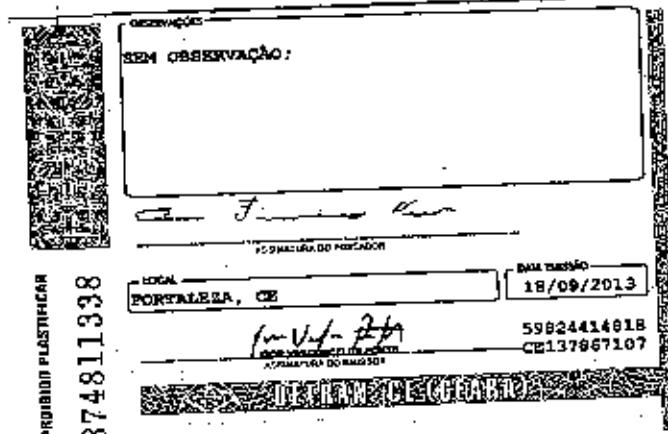
Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332





Autorizado ao assentamento





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **024.290.613-33**

Nome da Pessoa Física: **EDSON FIRMINO NEVES**

Data de Nascimento: **16/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/11/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:45:48** do dia **29/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **61CD.B704.7C3B.ED8E**

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.

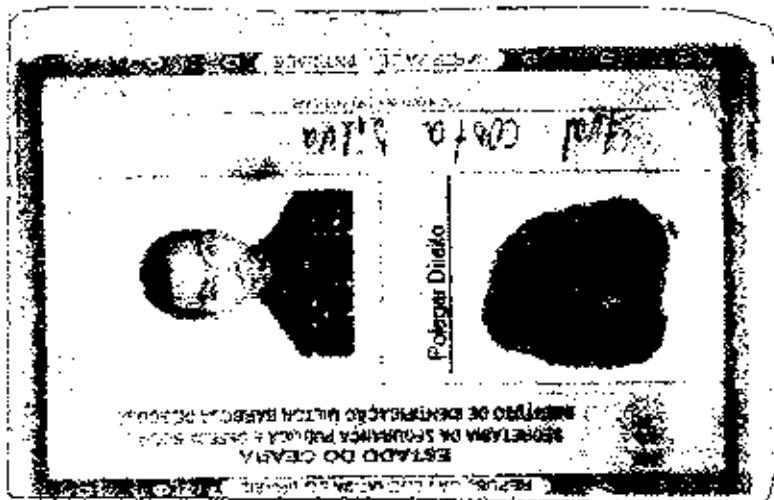
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





Certidão de Inquérito da PML



M B M
SEGURADORA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **043.911.473-00**

Nome da Pessoa Física: **EDVAL COSTA SILVA**

Data de Nascimento: **20/09/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/09/2007**

Dígito Verificador: **00**

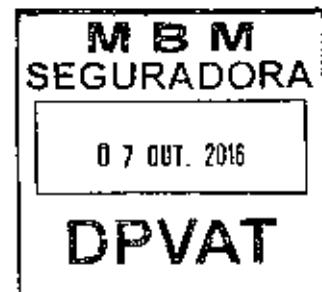
Comprovante emitido às: **14:01:15** do dia **29/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8D89.A0DD.3DFC.EFB1**

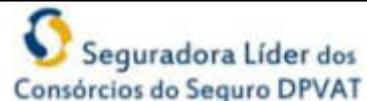
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160622126 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON FIRMINO NEVES **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3º MTC E

Descrição do exame médico pericial: Hipotrofia muscular com consequente diminuição da força muscular da mão E

Resultados terapêuticos: Imobilização gessada da mão E + fisioterapia

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Renan Almeida

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



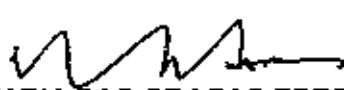
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **EDSON FIRMINO NEVES**, portador do RG Nº 2004034042613 e inscrito no CPF sob o Nº 024.290.613-33, no dia 31/08/2016 às 22h34min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua Pio Norões. Paciente vítima de colisão moto com carro, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 12 de setembro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160622126 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON FIRMINO NEVES **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura do 1º, 3º em mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Não definido.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160622126 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON FIRMINO NEVES **Data do acidente:** 31/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura na mão esquerdo e no pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



...Comunicação de ato devidamente...

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDSON FIMINHO NEVES, brasileiro(a), estado civil: Solteiro,
Profissão: Feirante, portador(a) do RG 200403404263, órgão expedidor SSP-Ceará
e do CPF: 02429061333, residente no(a) Rua Edval Ramos Pedrosa
nº 377, bairro: Faz. Damiao, município: Guarino do norti / CE.

OUTORGADO:

Nome: Edval Costa Silva, brasileiro(a), estado civil: Solteiro,
Profissão: Out. de escritorio, portador(a) do RG 20072887596, órgão expedidor SSP-Ceará
e do CPF: 04391647300, residente no(a) Rua-Residencial Carnaval da Cunha
nº 665, bairro: Caiuá-Cabral, município: Guarino do norti / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima EDSON FIMINHO NEVES.

Local e Data: Guarino do norti - CE 23-09-2016

1º OFÍCIO

Edson Fiminho Neves
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIOTARIZ
Reconheça (POR AUTENTICIDADE) a firma de: EDSON FIMINHO
NEVES - DOU PE - Guarino do Norte-Ceará, 23/09/2016.

Manoel Papo Xavier
[EM:2,30][EE:0,55][SP:0,45][HP:0,05][LT:3,52]

CARTOZO DE AUTENTICO
José Geraldo de Souza
RECONHECIMENTO
FIRMA
Nº CB 720333

M B M
SEGURADORA
07 OUT. 2016
DPVAT