

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



0030

Boleto 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, Vanessa Leão Jacinto,

RG nº 2009099115233, 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 Carneiro da Cunha, nº 954,

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

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

vítima Edson Firmino Neves, cujo o condutor era

Edson Firmino Neves.

Veículo: motocicleta

Modelo: Yamaha/Factor VBR 125K

Ano: 2009

Placa: NUX0603

Chassi: 9C6KE12204010614

Data do Acidente: 31-08-2016

Local e Data: Juazeiro do Norte - Ce 23-09-2016

Vanessa Leão Jacinto

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)

CARTÓRIO PARIZ
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: VANESSA LEÃO
JACINTO. DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 23/09/2016

Adalberto Pariz Xavier
[EM 20/09/2016 ÀS 15:11:11 (SS:05) (TF:3,52)]
CARTÓRIO PARIZ
JOSIVANILSON DE SOUZA
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CB 720332

MEM
SEGURADORA
07 OUT. 2016
DPVAT

Endereço: RUA CAPITÃO DÓMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento Ambulatorial

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

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

Paciente

Nome: 50058 EDSON FIRMINO NEVES

Responsável: EDSON FIRMINO NEVES

Mãe: JOSEFA FIRMINO NEVES

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

Nasc: 16/08/1986

Idade: 30

Telefone: () -

Celular: (88) 99858-7320

Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 200403404261 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

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



Antecedentes Médicos

Exame Físico

CLINICO

Exames Complementares

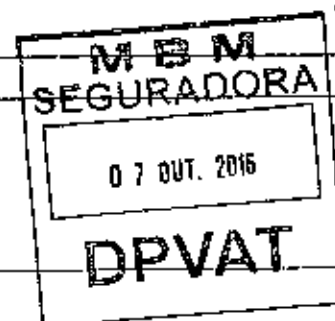
Conclusão Diagnóstica

CID-10 S913

FERIMENTO

Tratamento

SINTOMÁTICOS AGORA
EXPECTANTE



JOAO DE SOUSA LEITE
CRM: 10173 / CE

Diretor Médico

12



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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Cartão SUS: 848 05003158 1848 Data: 05/04/16 Hora: Sexo: M
Nome: Robson Raimundo Mendes Data Nas: 16/08/86
Endereço: Joaquim da Sousa Mendes 615 Bairro: P. Nova
Município: J. do N Cod. Município:

ANAMNESE:

Queixa principal: Trauma de 3º Dactilar M. C.
HDA: paciente após de queda de moto,
apresentando dor no 3º metacarpo de M. C.
Diagnóstico Principal: Fr. de 3º metacarpo M. C.

TRATAMENTO REALIZADO:

Materiais e Medicamentos Utilizados

Xilocaína %	Quantidade:
Soro Fisiológico ml	Quantidade:
Soro Glicosado ml	Quantidade:
Potes de Luvas	Quantidade:
Analgésicos	Quantidade:
Lâmina de Bisturi	Quantidade:
Atadura de Gaze cm	Quantidade:
Atadura de Crepom cm	Quantidade:
Atadura de Gesso cm	Quantidade:
Algodão Ortopédico	Quantidade:
Monohylon	Quantidade:
Monohylon	Quantidade:
Sutural	Quantidade:
Catgut Simples	Quantidade:
Catgut Simples	Quantidade:
Serlix Simples	Quantidade:
Serlix Cromado	Quantidade:
OUTROS MATERIAIS	Quantidade:

Quantidade:

Quantidade:

Dr. MARCEL PEREIRA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10671 TEST 12915

Ranessa Leão Jacinto



Dr. João Fábio Bandeira



S

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

Aferido para os membros
fins que Edson Firmino
Menes sofreu acidente de moto,
no dia 04/08/2016 que resultou
em fratura na mão
esquerda e no joelho esquer-
do. Recebeu tratamento
mobilizado com gesso e
fisioterapia com alto de-
grau de dor, apresentando
seu membro motorizado (limi-
tada de 50% do movimento
da mão e do joelho esquerdo).

14/11/2016.

Dr. João Fábio de Caldas
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

M B M
SEGURADORA

08 DEZ. 2016

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 874811338

Nome: EDSON FIRMINO NEVES

DOC. IDENTIDADE / REGISTRO DE 2004034042613 SSP CE

CPF: 024.290.613-33 DATA NASCIMENTO: 16/08/1986

PAI: FRANCISCO DE ASSIS NEVES DA SILVA MÃE: JOSEFA FIRMINO NEVES

PERMISSÃO: ADO: CALHAIA: A

1º REGISTRO: 05592812462 VALIDEZ: 20/06/2017 1ª EMISSÃO: 14/09/2012

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Titular: *Edson Firmino Neves*

LOCAL: PORTALEZA, CE DATA: 18/09/2013

Assinatura do Emissor: *Im. V. de F. A.* 59824414818
CE137867107

PROIBIDO PLASTIFICAR 874811338

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



"0012"

Autenticação do documento





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**

Digito 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.)





0012

Cartão de Identificação de RIL
Linha 1 Linha 2 Linha 3

IDENTIFICACAO DE RIL

NOME: EDVAL COSTA SILVA
Data de Nascimento: 20/05/1957
Local de Nascimento: JUAZEIRO DO NORTE - CE
Data de Emissão: 20/05/1957
Data de Validade: 20/05/2017
Assinatura: [Assinatura]

IDENTIFICACAO DE RIL

NOME: EDVAL COSTA SILVA
Data de Nascimento: 20/05/1957
Local de Nascimento: JUAZEIRO DO NORTE - CE
Data de Emissão: 20/05/1957
Data de Validade: 20/05/2017
Assinatura: [Assinatura]

MBM
SEGURADORA

07 OUT. 2016

DPVAT



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**

Digito Verificador: **00**

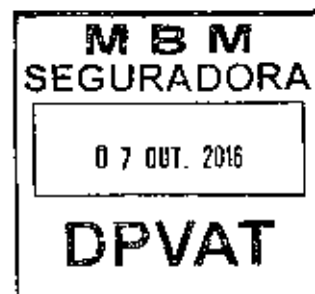
Comprovante emitido às: **14:01:15** do dia **29/09/2016** (hora e data de Brasília).

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:

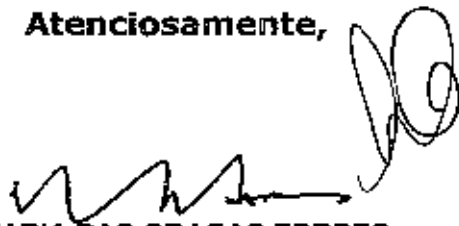


CERTIDÃO NARRATIVA

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 Cristine 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 prever 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:





4025

Comunicação de ato declaratório
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAZILÓ

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDSON FERNANDO NEVES, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: FEICANTE, portador(a) do RG 200403404263, órgão expedidor SSP-CEARA
e do CPF: 02429061333, residente no(a) Rua IDeval Ramos Pedrosa
nº 377, bairro: Fres Damião, município: Guaziló do norte, CE.

OUTORGADO:

Nome: Edval Costa Silva, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: Aux de escritorio, portador(a) do RG 20072587596, órgão expedidor SSP-CEARA
e do CPF: 04391649300, residente no(a) Rua Ruspitua Carrinho da Lancha
nº 665, bairro: João-cabral, município: Guaziló do norte, 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 FERNANDO NEVES.

Local e Data: Guaziló do norte - CE 23-09-2016

1º OFÍCIO EDSON FERNANDO NEVES
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

