

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8235577

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8284389

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta nº: 8799292

A/C: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

Sinistro: 3150996383
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA MARIA DE ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Francisco de Assis Enoque da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 1692809-88 EXPEDIDO POR SSP-EE EM 20/08/88 E
CPF 409830703-44 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Assis E. da Silva 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.

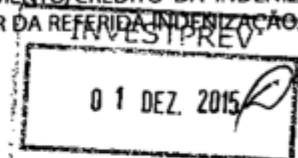
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 88-734-8

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.

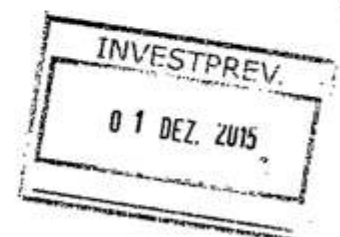


Penador Pompeu 24 de Novembro de 2015
LOCAL E DATA

Ena Maria
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00239-9

CONTA: 000010018734-X

Nr. da Autenticação 29CC91F5B89D79C2



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

-BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 2270 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/08/2015 14:58:48**
Data / Hora da Ocorrência : **14/06/2015 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CATARINA Á ACOPIARA**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**
Nascimento : **11/09/1954**
RG: **169480588** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 42983070344**
Filiação: **FRANCISCO ENOQUE DA SILVA**
MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA
Endereço: **R RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA 7**
CENTRO
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone:

Histórico

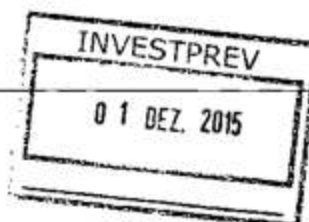
Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante afirma ter sofrido um acidente de trânsito, quando vinha na garupa da motocicleta de marca HONDA/XL 125 DUTY, cor BRANCA, ano/modelo 1989, placa HUY-1975, chassi 9C2JD0801KR502714, licenciada nome de Francisca Antônia Lopes de Lima; Que o declarante afirma que o condutor da motocicleta, este Gilberto Brito de Oliveira, CNH 04900619528, conduzia a motocicleta já descrita no B.O, quando perdeu o controle da mesma ao derrapar; Que afirma o declarante que foi atendido no hospital em Senador Pompeu/CE; Que o declarante em decorrência do acidente sofreu trauma no braço e ombro esquerdo; Que a qualificação da testemunha do acidente é a seguinte; Gilberto Brito de Oliveira, RG 294825095, CPF 913.458.203-72, filho de Raimundo Leandro de Oliveira e Francisca Brito de Oliveira, residente no Município de Senador Pompeu; Que o declarante procurou esta delegacia para registrar o Boletim de Ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente que no caso das informações inseridas neste documento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Diany Mary*
DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____

VISTO DO DELEGADO(A) : *Jefferson*
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco de Assis Enoque da Silva, portador da carteira de identidade nº 3694805-88 e inscrito no CPF/ME sob o nº 499.830.703-44, residente e domiciliado na Rua Raimunda Clemente Alcantara, 07, Cidade Senador Pompeu, Estado Pernambuco, 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:

☒ (X) 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

☐ () 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.

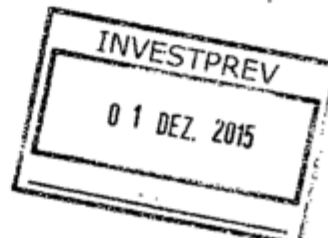
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Adna Maria de Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - PE 29/09/2015

Local e data



prova do ato declaratório

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de identificação

H

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

D.N. 35/09/54

Francisco de Assis Enoque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor P	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Maranguape RJ	Nac.
Residência José Clemente - S/N. Caracara						
Pai João Enoque da Silva						
Mãe Má do Espírito Santo da Silva						
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

SUS

Data

34/06/15

Hora

10:00

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de acidente com mobilidade
isto para presc do membro do braço
esquerdo.



DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
160	100				

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO:

Rx de braço e ombro e q

1) Voltaram + Dixa LAMP IM 11/10

CONFERE COM ORIGINAL

24/06/2015

RESPONSÁVEL - SAME

M.H.S.I

CNPJ 07 802.697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☐ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Dr. João Paulo C. C.
CRM 15821
MÉDICO

INVESTPREV

01 DEZ. 2015

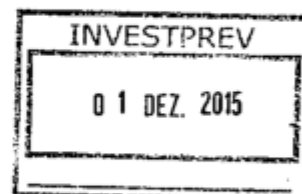
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Assis Enoque da SilvaRG nº 3694805-88, data de expedição 20/08/88, Órgão SSP-PE

CPF nº 429.830.703-44, 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)	Rua Raimunda Clemente Holanda
Número	07
Apto / Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Senador Pompeu
Estado	Ceará
CEP	63.600-000
Telefone de Contato	(85) 99989-0779 / 98721-2741
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu-CE 29/09/2015Assinatura do Declarante: Elza Maria de Almeida

DADOS DO CLIENTE

Nome: **MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO SILVA**
 End. Leitura: **RUA RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA, 7, CENTRO**
 Cidade: **SENADOR POMPEU** CEP: **63800-000**
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: **010** Setor: **000** Quadra: **0109** Lote: **0085** Comp: **0000**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00**

ECONOMIAS

Residencial: **001** | Comercial: **000** | Industrial: **000** | Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R06F430550	1342	1352	10	12

DATAS

Leitura Atual: **30/05/2015** | Emissão: **30/05/2015** | Lacre Água: **3763773**
 Leitura Anterior: **30/05/2015** | Próxima Leitura: **30/06/2015** | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	023	023	010	023	023
Analisadas	025	025	012	025	025
Em conformidade	025	025	012	024	025

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	16.20	Mai / 14	14	0
		JUN / 14	20	0
		JUL / 14	16	0
		AGO / 14	12	0
		SET / 14	9	0
		OUT / 14	10	0
		NOV / 14	8	0
		DEZ / 14	20	0
		JAN / 15	19	0
		FEV / 15	7	0
		MAR / 15	5	0
		ABR / 15	14	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,15	VALOR DO SERVIÇO	26,70
COFINS	0,77	VALOR DO SUBSÍDIO	10,50
		VALOR TOTAL A PAGAR	16,20
MÊS/ANO	05/2015	VENCIMENTO	09/06/2015
		TOTAL A PAGAR (R\$)	16,20

CRÉDITO PARA SUA NETA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua futura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



OUVIDORIA DO ESTADO
 CENTRAL DE ATENDIMENTO

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

INVESTPREV
01 DEZ. 2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150996383 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO COM LESÃO TRANSFIXANTE DO SUPRA ESPINHOSO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR E DÉFICIT DE FORÇA.

Resultados terapêuticos: RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO E RECEBEU ALTA COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

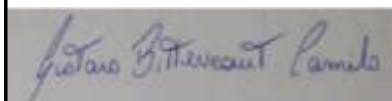
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





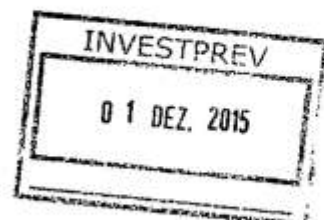
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edna Maria de AlmeidaRG nº 3477034 - 88, data de expedição 31/03/88, Órgão SSP. PE

CPF nº 600.918.663 - 90, 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>Rua Adalberto Mano Camacho</u>
Número	<u>73</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu 29/09/2015Assinatura do Declarante: Edna Maria de Almeida

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDNA MARIA DE ALMEIDA

End. Entrega: RU ADALBERTO MAND CARVALHO, 73, CENTRO

Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63600-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ³	Média Semestral (m ³)
ÁGUA	R10F556152	639	653	14	8

DATAS

Leitura Atual: 23/09/2015 | Emissão: 23/09/2015 | Lacre Água: 606375
 Leitura Anterior: 24/08/2015 | Última Leitura: 23/10/2015 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	023	023	010	023	023
Analisadas	025	025	012	025	025
Em conformidade	025	025	012	024	025

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE. PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
Juros de 0,033% ao dia
Multa de 2%

Valor (R\$)

27,12
0,05
0,32

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
SET/14	0	0
OUT/14	23	0
NOV/14	5	0
DEZ/14	10	0
JAN/15	5	0
FEV/15	9	0
MAR/15	4	0
ABR/15	10	0
MAI/15	9	0
JUN/15	10	0
JUL/15	8	0
AGO/15	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,26
COFINS	1,31

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	37,75
VALOR DO SUBSÍDIO	10,26
VALOR TOTAL A PAGAR	27,49

MÊS/ANO

09/2015

VENCIMENTO

07/10/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,49

ONDE PAGAR SUA FATURA

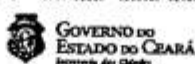
Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróia. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800.275.0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

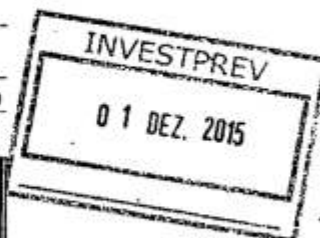
DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 020364172 Código de Responsável: 352967053941344 - 0432 Mês/Ano: 09/2015

Local: 018 Setor: 005 Quadra: 0147 Lote: 0289 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 07/10/2015 Total (R\$): 27,49

82610000000 7 27490009500 2 02036417201 3 00065122015 4



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA** Sinistro: **3150996383** Data: **14/06/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RAIMUNDA CLEMENTE HOLANDA, 07 - CENTRO - Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **1694805-88**

Data local do exame: [**07/03/2016**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO COM LESÃO TRANSFIXANTE DO SUPRA ESPINHOSO. VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR E DÉFICIT DE FORÇA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO E RECEBEU ALTA COM DÉFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 128.879.69-27
MÉDICO

ANEXO II

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 Edna Maria de Almeida, portador(a) do

RG nº 3477034-88, expedido por SSP. PE, em

37 / 03 / 88, CPF/CNPJ nº 600.518.663-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Manrico

de Azeite Enoque da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidiz

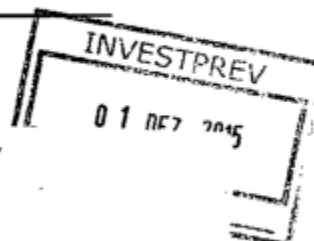
da vítima Manrico de Azeite Enoque da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: _____

Edna Maria de Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Antonia Lopes de Lima
 RG nº 2007261329-1, data de expedição / /
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 022.751.913-21
 com domicílio na cidade de Milhã, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Açude, nº , complemento
 , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado ainda consta/constava em meu nome na data do acidente ocorrido com a
 vítima Francisco de Assis Enoque da Silva.

Veículo: Motocicleta

Ano: 1989 / 1989

Modelo: Blonde / XL 125 DUTY

Placa: HUY 1975

Chassi: 9E21D0801KR 302 734

Data do Acidente: 24 / 06 / 15

Local e Data: Milhã - Ce. 27/08/2015

Francisca Antonia Lopes de Lima

Assinatura do Declarante



Reconheço a Firma Por Autenticidade
de Francisca Antonia
Lopes de Lima
 em de de 2015
 em testemunho da verdade

Antonio Gesimar Pinheiro
 Titular de Ofício de Notas e de Registros
 Fone/Fax (88) 3529 1450





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Antonia Lopes de Lima

RG nº 2007261329-1, data de expedição / /

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 032.751.913-21, com

domicílio na cidade de Milhã, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Agude, nº ,

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 Francisco de Assis e da Silva cujo o condutor era

Gilberto Brito de Oliveira

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda XR 350 DUTY

Ano: 1989/1989

Placa: HUY 1975

Chassi: 9E98V0801KR502714

Data do Acidente: 24/06/15

Local e Data:

Francisco Antonio Lopes de Lima
Assinatura do Declarante

Gilberto

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



Reconheço a Firma Por autenticidade

de Francisca Antonia Lopes de Lima

Dou fé.

Milhã-CE, 27 de 01 de 2016

Em testemunho C da verdade

Antonia Cenis Pereira Façanha

Antonia Cenis Pereira Façanha
Escrevente Autorizada
FONE/FAX: (88) 3529 1450



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação

H

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente

D.N. 30/09/54

Francisco de Assis Enoque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor P	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Maranguape-RJ	Nac.
Residência José Clemente - S/N - Caracara						
Pai João Enoque da Silva						
Mãe Má do Espírito Santo da Silva						
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento SUS	Data 30/06/15	Hora 10:00
☐ Andando	☐ Regular	☐ Acidente de Trabalho		
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	Local		
☐ Ambulância	☐ Comatoso			
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de acidente com mobilidade
costa para frente do movimento do corpo
segundo...



DADOS CLÍNICOS					DIAGNÓSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA			PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL		
160	100					

TRATAMENTO:

Rx de bronco e ombro e
1) Voltaren + Dixa 1AMP IM 11:00

CONFERE COM ORIGINAL
24/06/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.I.
CNPJ 07.802.697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE	Medicação Administrada por
☒ Residência ☐ Em Observação ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. ☐ Óbito sem tratamento	INVESTPREV 01-DEZ. 2015
Assinatura do Paciente ou Responsável	Exames Complementares
	Diagnóstico Definitivo
	Ass. do Médico

Dr. João Paulo C. C.
CRM 15821
MÉDICO

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 11/09/54

Fco de Deus Broque da Silva

Profissão Agricultor	Idade 60	Cor Pc	Sexo M	Estado Civil Casado	Naturalidade Maringá - Par.	Nac.
Residência Rua José Clemente - 07 - Coronaria						
Pai Fco Broque da Silva						
Mãe Márcia Broque da Silva						
Responsável						Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
☐ Andando	☐ Regular	Sus	04/08/15	16:25
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso	Local		
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

pt com Dor no abd. sig. baixo e esquerdo - após
Dor e melhora por 12 dias.

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
140	60				

TRATAMENTO:

Denominação 1un EV Lento - 16:45h

DESTINO DADO AO PACIENTE

- ☒ Residência ☐ Internado
- ☐ Em Observação ☐ Transferido
- ☐ Encaminhado ao Ambulatório
- ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- ☐ Óbito sem tratamento

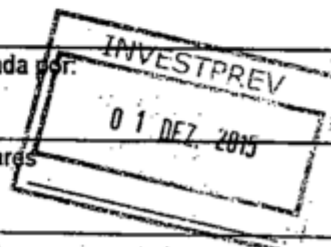
CONFERE COM ORIGINAL
21/08/2015
RESPONSÁVEL - SAME
M.H.S.
CNPJ 07.802.897/0002-44

Medicação Administrada por:

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico



Ass. do Médico
CREMEC 12721
MÉDICO



FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: filho de Anna Enoque do Siqueira
Sexo: M Idade: 60 Profissão: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Unidade Adscritiva: _____

Agente de Saúde: _____

Encaminhado do(a): PHS

Para: traumatologista / ortoped

Motivo do Encaminhamento:

- Ruptura transitoria da Separa espinal
- Bursite Sub acromial Sub deltóide

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

Encaminhamento

Função

Data 17/08/15

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA (Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome: _____

Procedimentos: _____

Data: / /



"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"

Paciente: Francisco de Assis Enoque da Silva

Idade: 60 anos

Solicitante: Dr. Fernando Higor

Senador Pompeu, 17 / 08 / 2015

O rastreamento ultra-sônico do ombro esquerdo revelou:

Pele: espessura normal

Tendão do músculo supra-espinhal: com ecogenicidade , espessura alterada com ruptura.

Tendão do músculo sub-escapular: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo infra-espinhal: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

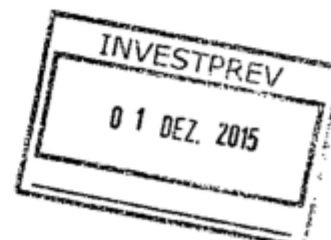
Tendão do bíceps: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Tendão do músculo redondo menor: com ecogenicidade preservada, espessura normal sem ruptura.

Ausência de derrame articular

**OPINIÃO: Ruptura transfixante do supra espinha
Bursite sub acromial, sub deltoidea.**

DR. VANDERLAN GONÇALVES DOS SANTOS
CREMEC 6224



Dr. Fernando Higor Feryal Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

Relatório Médico

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT. Que o Sr. (a): Francisco
de Assis Roque da Silva

Foi vítima de acidente de trânsito dia 14/06/15 onde o mesmo sofreu:

Quebra de Motocicleta com trauma no braço esquerdo; lesão de
ligamento e ruptura tendão do Super Espinha
e Bursite sub acromia sub Deltoide

E submeteu-se a tratamento: ☒ Clínico; ☐ Cirúrgico; ☐ Fisioterapêutico; ☐

Conservador, complementando com: medicamentos; AINES, Tioipico

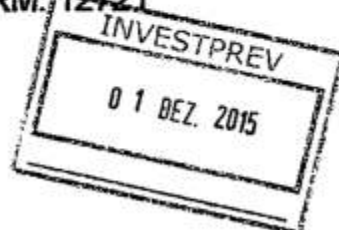
Encontrando-se de alta clínica e apresenta invalidez permanente, com grau de
incapacidade funcional irreversível de: 70% Debilidade - MSE

23/10/2015.

Dr. Fernando Higor
CRM: 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



CIC

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENADORIA DE REGISTRO DE DOCUMENTOS

CP DE REGISTRO: 425030703 44

FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

NASCIMENTO: 11.09.54

ASSINATURA

TERA VALIDADES BOMITE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

11-I

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE "UL-BANCA PUBLICA

NÍMULO E IDENTIFICAÇÃO

ANALPARETO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2

11-9-54

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS.

PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUZEZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

33090/1555

06/09/90

RF - SENADOR PUG - CE

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO AGENTE RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APROVADO POR INSTRUÇÃO N° 10.111/90 DO SRF

DOCUMENTO 6 *T6%*

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESOLUÇÃO GERAL 1694805-88

DATA DE EXPIRAÇÃO 20-8-88

NOME FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA

FILIAÇÃO Francisco Enoque da Silva e Maria do Espírito Santo da Silva

NATURALIDADE Maranguape CE.

DOCC ORIGEM Cert. Cas. nº 455.1v. B3. fls. 237

Cart. de Senador Pompeu CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 20.09.83

INVESTPREV

01 DEZ. 2000



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **429.830.703-44**

Nome da Pessoa Física: **FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/09/1954**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/01/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **23:28:06**: do dia **27/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A680.9A27.51B3.756A**

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.)



11-I

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2



Edna Maria de Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1477014-88

DATA DE EXPEDIÇÃO 17-3-88

NOME EDNA MARIA DE ALMEIDA

FILIAÇÃO Ignorados

Senador Pompeu, CE

opc. Nasc. Cert. Nasc. nº 2924, lv. A3, fls. 275

Cart. de Senador Pompeu, CE.

CPF

15-9-69

Assinatura do Titular

LEI Nº 1.138 DE 24/03/63

DOCUMENTO 3 "T3%"



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

6000-0000-0000

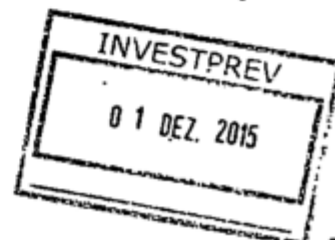
CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

MAR/2004

Cartão de identificação e identificação

Deve ser utilizado junto com um documento de identificação





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **600.518.663-90**

Nome da Pessoa Física: **EDNA MARIA DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: **15/09/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/03/2004**

Digito Verificador: **00**

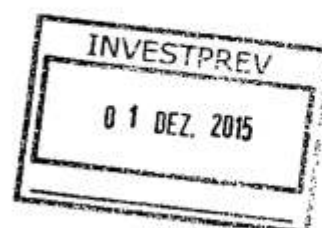
Comprovante emitido às: **23:40:07**: do dia **27/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0A11.E7DC.73A8.B080**

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.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010309954328
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

GEOR 01 422246123 0000000000 2014
VIA COD RENAVAM RINTRC EXERCÍCIO
FRANCISCA ANTONIO LOPES DE LIMA
MILHA/CE

02275191321 HUY1975
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714
9C2JD0801KR502714

CONTRAN

CONTRAN

INVESTPREV
01 DEZ. 2015

DOCUMENTO 7

T7%



CENº 010309954328 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
02275191321 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatssegurodpvato.com.br
SAC DPVAT 0800 027 1204

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

01 02275191321
422246123
1989 09
9C2JD0801KR502714

SEGURO DPVAT

LOTE/DOC 02275191321

MOTOR 1002783

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE SENADOR POMPEU
ESTADO DO CEARÁ**REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS – TABELIONATO DE NOTAS – REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS –
REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA – TABELIONATO DE PROTESTO – DISTRIBUIÇÃOAv. Francisco França Cambraia, 319, Centro
CEP 63600-000, Senador Pompeu – Ceará – Brasil
CNPJ/MF- 05674080/0001-84Telefone: (88) 3449 0275
dylcartorio@hotmail.comDILVÂNIA MARIA MACHADO VIEIRA
Tabeliã e Registradora Pública Interina

TRASLADO DE PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ(EM):
FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA à EDNA MARIA DE ALMEIDA, na
forma abaixo:

SAIBAM quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que em trinta e um (31) de Agosto (8) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade e comarca de Senador Pompeu, Estado do Ceará, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S): FRANCISCO DE ASSIS ENOQUE DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador(a) da cédula de identidade nº 1694805-88-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 429.830.703-44, com endereço rua José Clemente, s/n, bairro Caracará, Senador Pompeu - CE., assinando a rogo: **JOÃO PAULO GONÇALVES DE BRITO**, brasileiro, solteiro, universitário, portador(a) da cédula de identidade nº 2007007289-7-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 043.447.213-14, com endereço distrito de Engenheiro José Lopes, Senador Pompeu - CE.. E pelo(a)(s) qual(is) me foi dito que por este instrumento e na melhor forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu (sua) bastante **PROCURADOR(A): EDNA MARIA DE ALMEIDA**, brasileira, solteira, do lar, portador(a) da cédula de identidade nº 1477014-88-SSP/CE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 600.518.663-90, com endereço rua Francisco Leandro, 05, , centro, Senador Pompeu - CE.. Conhecidos como os próprios por mim, Tabeliã Interina, através de seus documentos de identificação, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé, e, a justo título e na melhor forma de direito, diz(em) o(a)(s) outorgante(s) que **confere(m) amplos e ilimitados poderes para:** especialmente para dar encaminhamento e/ou receber junto a Seguradora Líder, no Estado do Rio de Janeiro, e onde mais se tornar necessário, o Seguro DPVAT a que tem direito, referente ao acidente automobilístico ocorrido aos 14/06/2015 na Estrada que liga Catarina à Acopiara / CE, podendo para isso, transigir, requerer, assinar todo e qualquer documento, inclusive a autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, dar quitação, total ou parcial, receber ordem de pagamento, junto as instituições bancárias, preferencialmente Banco Brasil S/A, agência - 0239-9; conta/poupança - 124738, agência de Senador Pompeu-CE; juntar e retirar documentos, prestar esclarecimentos, solicitar certidões, conferindo amplos e ilimitados poderes para constituir advogados se necessário, usando dos poderes com **Cláusula "Ad Judicia"**, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, enfim praticar todos os atos admitidos em direitos, e necessário ao fiel desempenho deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos e restritivos para o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT, e as respectivas ações judiciais e/ou extra judiciais, em consequência do sinistro (caso sejam necessárias), inclusive substabelecer com ou sem reservas de

DOCUMENTO 4 - 1496 -

01 DEZ. 2015

poderes.. Assim o disse, do que dou Fé. Lida a presente ao(s) outorgante(s), achou-a em tudo conforme, outorgou, aceitou e assina. Custas na forma da Lei, incluindo o FERMOJU e SELO. EU, Dilvânia Maria Machado Vieira, Tabeliã Interina, digitei e subscrevi. O referido é verdade. Dou Fé. Senador Pompeu - Ceará, 31 de Agosto de 2015.

Em Test.º da Verdade


Dilvânia Maria Machado Vieira
Tabeliã Interina



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
CEP 61049-075 - Senador Pompeu - CE

