



---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10247878

A/C: PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160748682 ASL-1194829/16

Vitima: PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO

Data Acidente: 15/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITAO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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 **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10248414

A/C: PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160748682 ASL-1194829/16  
**Vitima:** PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO  
**Data Acidente:** 15/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITAO

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a 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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2017

**Carta nº 11197679**

**a/c: PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO**

**Sinistro:** 3160748682 ASL-1194829/16  
**Vitima:** PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO  
**Data Acidente:** 15/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITAO

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO 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, Pablo Christopher Londeiro

PORTADOR(A) DO RG Nº 20080105623

EXPEDIDO POR SSPDS/CE

EM 10/08/2016

CPF 050002333-60 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO recrusou

E RENDA MENSAL DE R\$ recrusou (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pablo Christopher Londeiro, 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, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (proprietária) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular; CONTEÚDO NAO VERIFICADO
- 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 Lotéricas 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 Verifique na base de 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) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26218-9

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.

Quixeramobim 01 de Dezembro de 2016

LOCAL E DATA

Pablo Christopher Londeiro

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA POUPANÇA

12/01/2016 10:49:51  
CONVENIO: 000630292  
OPERADOR: 00063200

CONTA: 2843 013 00026218-9  
NOME: PABLO C CORDEIRO  
CPF: 050.002.333-60

COD. OPERACAO: 336100133

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO

=====  
TRANSAÇÃO EFETIVADA OK  
=====

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Governo do Estado d  
Secretaria da Segurança  
Defesa Social - S  
Departamento de Políc  
12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL  
QUIXERAMOBIM - CEARÁ  
Fone: (88) 3441-0302

Boletim de Ocorrência  
100014  
RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3794 / 2016****Dados da Ocorrência**

324005

119482946

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 01/12/2016 08:59:37****Data / Hora da Ocorrência: 15/11/2016 22:30:00****Endereço da Ocorrência:****Complemento:****Bairro:****Município: QUIXERAMOBIM/CE****Ponto de Referência: PRÓXIMO AO URUQUÊ****Noticiante(s)****Nome: PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO****Nascimento: 05/02/1997 CPF: 050.002.333-60****RG: 20080105623 Orgão Emissor: SSPDS****Filiação: CIRLANDIA PORDEUS CORDEIRO****NI****Endereço: RUA DO CAMPO URUQUÊ****Bairro: URUQUÊ****Município: QUIXERAMOBIM/CE****País: BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

UF: CE

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - Lote 147

Aldeota - Fortaleza / CE

**Telefone: (88) 99918-0662****Dados do(s) Veículo(s)**

- 1) Placa: HYV4122 Uf: CE Município: QUIXERAMOBIM Chassi:  
**9C2JC30708R548643** Renavam: **956094570** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **JOSE ARI PEREIRA CORDEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

QUE informa o noticiante que na data, hora e local supracitados conduzia o veículo HONDA CG 125 FAN, cor preta, placa HYV4122/CE, registrada em nome de José Ari Pereira Cordeiro; QUE no momento em que tentava ultrapassar uma outra moto, o piloto desviou de um buraco, colidindo com sua moto, vindo a cair; QUE ao cair, foi socorrido por populares e pelo motorista do veículo que colidiu com o seu; QUE no dia seguinte procurou atendimento no Hospital Regional Dr. Pontes Neto, onde deu entrada às 07:55h do dia 16/11/2016, apresentando dor em mão esquerda, conforme prontuário médico; QUE apresenta como primeira testemunha: ROSÂNGELA RODRIGUES BEZERRA, filha de José Orlando Bezerra e de Maria Nilza Rodrigues Bezerra, nascida em 06/04/1982, RG: 3529643-2001, CPF: 984.361.473-91, que presenciou o acidente e auxiliou no socorro da vítima; QUE apresenta como segunda testemunha: GLEUDE FERREIRA DANTAS, filho de Agecilon Sampaio Dantas e Maria Jacé Ferreira Dantas, nascido em 08/12/1975, RG: 2800389/94, CPF: 650.379.443-68, que tomou conhecimento e foi até o local do acidente; QUE nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Graziely Pimentel Mesquita*  
**GRAZIELY PIMENTEL MESQUITA - MAT.: 300657-1-9**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 3794 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Pablo Christopher Lanteno

VISTO DO DELEGADO(A) :

SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Pablo Christopher Londeiro, portador da carteira de identidade nº 20080105623 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.002.333-60, residente e domiciliado na Ru do Campo Urucue Cidade Quixeramobim, 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:

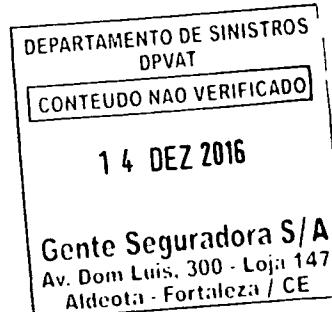
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( X ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

Pablo Christopher Londeiro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Quixeramobim/ce 01/12/2016

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pablo Christopher Conduru RG N.º 20080105623

Data de expedição 10/08/2016 Órgão SSPDS/CE CPF Nº 050.002.333-60 venho perante este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Ru do Campo Urugue</u>		
Numero	<u>S/N</u>		
Apto/Complemento	<u>Casa</u>		
Bairro	<u>Distrito de Urugue</u>		
Cidade	<u>Quixeramobim</u>		
Estado	<u>Ceará</u>		
CEP	<u>63.800.000</u>		
Telefone de Contato	<b>(88) 99349-2063</b>	<b>(88) 99707-7864</b>	
E-mail			

Por ser verdade, Firmo-me.

Local e Data: Quixeramobim/CE 01/12/2016

Assinatura do Declarante: Pablo Christopher Conduru

**5704279-9**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

**CGE/CB**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 447785977**

Rota 38 28039 01 046000 - 5 Data de Emissão 26/09/2016  
 Nome CIRLANDIA PORDEUS CORDEIRO  
 End. Postal RU DO CAMPO URUQUE 00000  
 DISTRITO DE URUQUE - QUIXERAMOBIM - 63800000  
 Medidor 4874556 Poste 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL TRIFASICO Fator de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJ 668045743-20 CGF 0,00  
 Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2016	26/09/2016	26/10/2016

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
70,28	17,00%	18,95

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

FIC	DMIC
7309.C06F.11F8.3718.E7E7.A6888.540A.001B	5,88

**INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto QUIXERAMOBIM

Mês	Jul.2016	EUSD 22,42			
Padrão Individual	Padrão Individual	Apuração Individual			
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,87	21,74	43,49	1,56	0,00	0,00
7,74	15,49	38,98	1,00	0,00	0,00
5,88			1,56		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Lett. Atual	Lett. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incr.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3658	3565	1,00	93	0,00	100	0,70282	70,20
26/09/16	25/08/16		32 DIAS		100		

**VALOR CONSUMO DO MES**

MULTA MORATORIA REF 06/2016  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

70,20  
1,45  
7,74

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEUDO NAO.VERIFICADO**

**14 DEZ 2016**

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

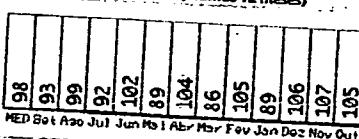
**01/11/2016**

**79,39**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia .....	30,71
Transmissão .....	0,76
Distribuição .....	18,79
Encargos Setoriais .....	5,37
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ...	22,66
<b>TOTAL .....</b>	<b>79,39</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecotela.

Emitido kg(CO<sub>2</sub>) Compensado kg(CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

**43,22**

**0,00**

**100**

**CONTAS EM ATRASO**

**DEBITOS ANTERIORES**

**Comprovante de residência**



\*0015\*



FIXO

...and the best way to do this is to have a clear understanding of the needs of the people you are serving.

3 074 CICLO FORTALEZA CE PUC

EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITÃO

RUA ANTONIO BEZERRA

**CEL AURELIO CANARA**



卷之三

1213512829112410000039608030280610

PX AO AUTOPECAS SAO SEBASTIAO 889708-7864

61.

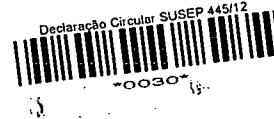
**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

卷之三

14 DEZ 2016

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Dom Luís, 300 - Loja: 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Emilson Manoel de Sousa Leitão portador(a) do RG nº 20080105623, expedido por SSPDS/CE, em 16/10/2014, CPF/CNPJ nº 050.002.333-60, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pablo Christopher Lordeiro do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Pablo Christopher Lordeiro, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou Renda Mensal: R\$ recusou

Documentos comprobatórios: recusou

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 DEZ 2016
Gente Seguradora S/
Av. Dom Luís, 300 - Lote 14
Aldeota - Fortaleza / CE

Gente Seguradora S/  
Av. Dom Luis, 300 - Lote 14  
Aldeota - Fortaleza / CE



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, Jose Ari Pereira Lordeiro,  
RG N° 2016007698-0, DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/2016  
ORGÃO SSP/ce, PORTADOR DO CPF N° 003.189.073.30,  
COM DOMÍCILIO NA CIDADE DE Quixeramobim, NO ESTADO DO  
Ceará, ONDE RESIDO NA (RUA/AVENIDA/ESTRADA)  
Ru do Campo Urugue, N° S/N,  
COMPLEMENTO Casa, DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI,  
QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO É(ERA) DE MINHA PROPRIEDADE  
NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A VÍTIMA:  
Pablo Christopher Lordeiro, CUJO O  
CONDUTOR ERA: Pablo Christopher Lordeiro.

VEÍCULO: Motocicleta

ANO: 2008/2008

MODELO: HONDA/CG 125 FAN

PLACA: HYV 4122

CHASSI: 9C2JC30708R548643

DATA DO ACIDENTE: 15 / 11 / 2016

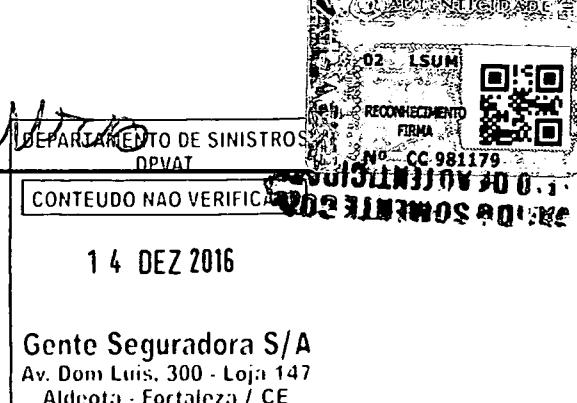
LOCAL E DATA: QUIXERAMOBIM/CE 05 / 12 / 2016

CARÓLIO DE REGISTRO CIVIL Distrito de Passagem Quixeramobim - Ceará	Reconheço verdadeira(s) firma(a):
	<u>José Ari Pereira Lordeiro</u>
Dou Fé <u>05/12/16</u> Em testem <u>MP</u> da verdade. <u>mpm311</u>	
Maria de Fátima Martins de Brito Oficial do Registro Civil	

ASSINATURA DO DECLARANTE

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM,  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Documentação médica Hospitalar  
0006\*

2016 - 12 - 14

**FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS**

DATA: 16/12/16

HORÁRIO: 07:55

ATENDIMENTO N°: 20

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Pablo Quintanilha Conduru

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/01/97 IDADE: 19 ESTADO CIVIL: Solteiro

MÃE: Vanilda Randus Conduru SUS: 893 0027 7181 3703

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: -

ENDEREÇO: Av. Bim Fida BAIRRO: Uruqui CEP: 63.800-000

CIDADE: 02 ESTADO: CE TELEFONE: (85) 99180662

ENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

X Pablo Quintanilha Conduru  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 120x80 mmhg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 70 bpm FR: 16 ipm T: 36.5 °C PESO: 65 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras graves; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência do tórax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> Historia de convulsões; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> Historia recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 – 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Bronco espasmo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina;</p> <p>SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.</p>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lote 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

*Queijo da Minas*  
*Grana*  
*Milão*

**GOVERNO DO ESTADO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

## **ANAMNESE E EXAME FÍSICO:**

grilhões de 2010; para 2011, que se tornou o maior

## **PREScrição:**

- ④ image local de formation
  - ⑤ Etage Eri.
  - ⑥ Australe est Tropicologique

GZ

1078

4

~~Jack Sparrow~~ ~~Proprietary~~ ~~Miner's~~  
~~Alcohol~~ ~~Guillermo~~

~~tratamentei oceano~~

## **EVOLUÇÃO MÉDICA:**

## **EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:**

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldoéta - Fortaleza / CE

9107230 ٤١

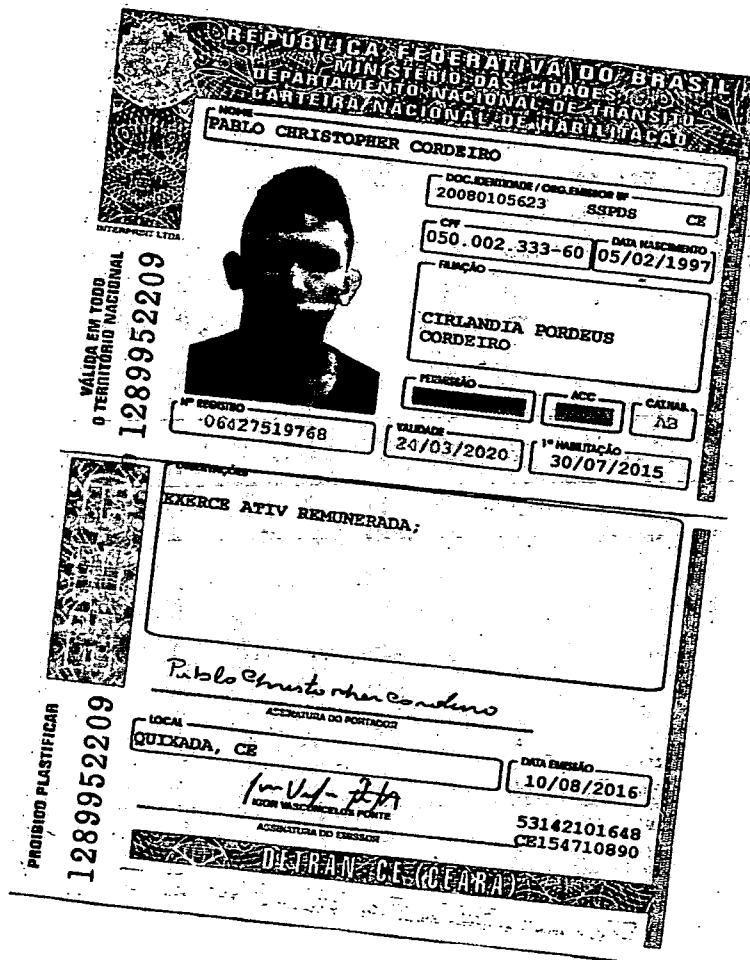
**CONTENDO NÃO VERIFICADO**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

**DIREÇÃO GERAL**

DIREÇÃO CLÍNICA

**ASSINATURA / CARIMBO-MÉDICO**

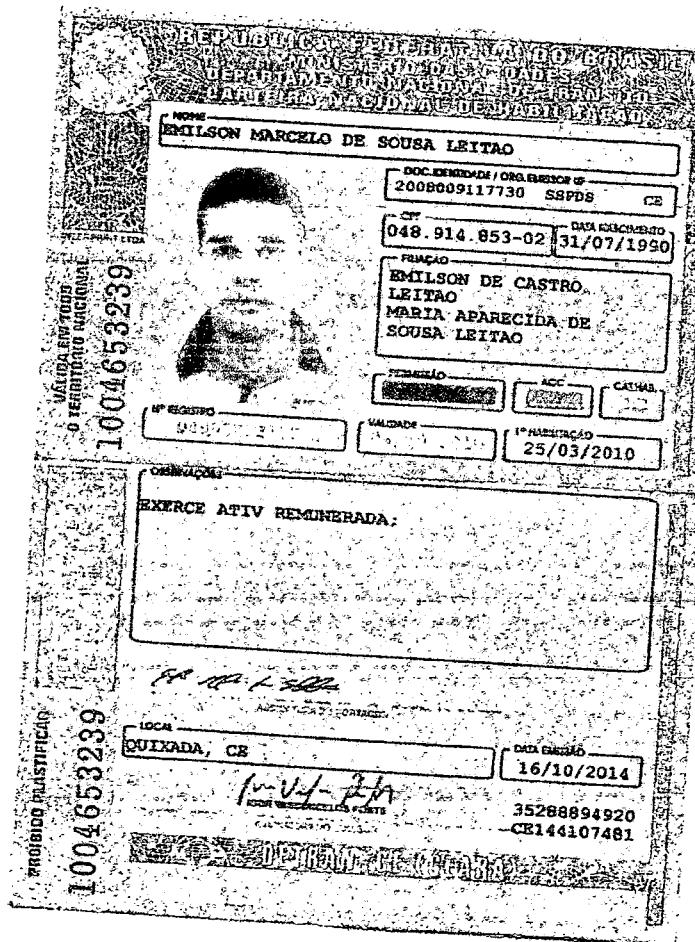


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETBRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: RENAVAM: 012457469165  
CÓD. RENAVAM: 0095609477 EXERCÍCIO:  
000000000 2016

JOSE ARI PEREIRA GORDIETRO  
QUIXERAMOBIM /CE  
CPF/CNPJ: 00318907934 PLACA: HYV4122/CE

PLACA ANT./UF: /CE CRASSI: 0095609477/CE/54643

MOTOR/CARROCERIA: SASOLINA  
COMBUSTÍVEL: HONDA/CG 125 FAN

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO FAB.: 2008 ANO MOD.: 2008

CAP/POT/CIL: 2P/CCV/12400 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

I P V A	COTA ÚNICA FADA IPVA	VENC. COTA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS	VENC. /COTAS 1º 2º 3º
------------------	-------------------------	--	--------------------------

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES:  
QUIXERAMOBIM /CE

LOCAL: DATA: 12/02/2016

Igor Pinto  
Superintendente  
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE Nº: 012457469165 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EM GLOBO: 12/02/2016

01 00318907330 PLACA: HYV4122

RENAVAM: 00956094570 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.: 2008 CAL TARI: 09 N° CHASSI: 9C21030706R54643

PRÉMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 122,04 DETRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 146,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 222,01

PAGAMENTO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 11/02/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-03

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

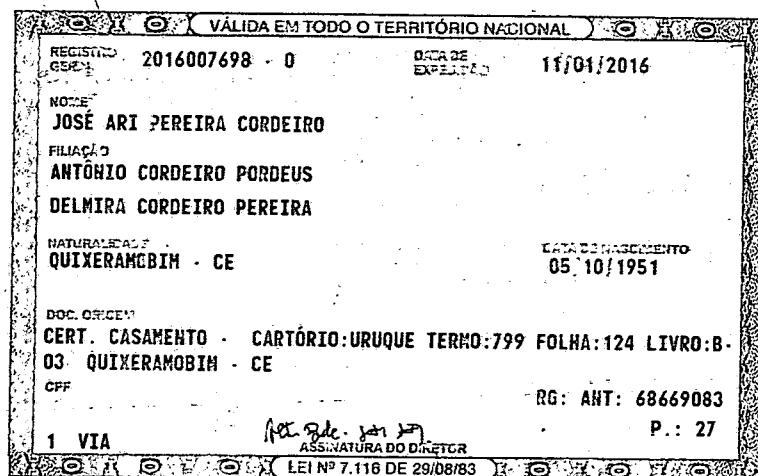
KITOR #: 1C30E78348443 01598

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

# CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

## Declaração

Eu, Pablo Christopher Rondonio portador da carteira de Identidade nº 20080105623 e inscrito no CPF sob o nº 050.002.333 - 60

Residente e domiciliado na Ru do Campo Urugue

Cidade: Quixeramobim Estado: Ceará declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar: PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚGICO, realizado no Hospital \_\_\_\_\_ Data de Entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Localizado em: \_\_\_\_\_

O hospital se nega a disponibilizar a xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚGICO REALIZADOS.

Por esse motivo através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do seguro Dpvat, (lei nº 8.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que está declaração permita o prosseguimento analise da mínima documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia medica à custa da seguradora líder Dpvat para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Pablo Christopher Rondonio

Assinatura do Declarante

Quixeramobim/CE 01/12/2016

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome:	PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	AUTONOMO	
Identidade:	20080105623	CPF: 050.002.333-60
Endereço:	DISTRITO DE URUQUE	

**OUTORGADO:**

Nome:	EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITAO	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	AUTONOMO	
Identidade:	2008009117730	CPF: 048.914.853-02
Endereço	RUA: ANTONIO BEZERRA N° 164	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT.

QUIXERAMOBIM-CE 01 / 12 /2016

LOCAL E DATA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza / CE

OUTORGANTE

CJR

CARTÓRIO QUEIROZ ROCHA  
Rua Bougeval Leão, 678-Centro

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) e firma de: PABLO  
CHRISTOPHER CORDEIRO. DOU FÉ. Quixeramobim-Ceará,  
01/12/2016.

*Abolanda*

ANA KELLY DE LIMA HOLANDA

[ISS:00][TT:0,00]

