



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, 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, 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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

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





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 Lordeiro
PORTADOR(A) DO RG Nº 20080105623 EXPEDIDO POR SSPDS/CE EM 10/08/2016
CPF 0500002333-60 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pablo Christopher Lordeiro, 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 (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. Verificar no 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Avenida Dom Luis, 300 - Loja 147

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.

Guixeramotim 01 de Dezembro de 2016

LOCAL E DATA

Pablo Christopher Lordeiro

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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA POUPANÇA

12/01/2016

CONVENIO:

10:49:51

OPERADOR:

000630292

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
DPVAT

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 do Ceará
Secretaria da Segurança Pública
Defesa Social - S
Departamento de Polícia
12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL
QUIXERAMOBIM - CEARÁ
Fone: (88) 3441-0302

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 3794 / 2016****Dados da Ocorrência**

324005

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/12/2016 08:59:37**

1194829/16

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 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CETelefone: **(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 - MAT.: 300657-1-9**



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

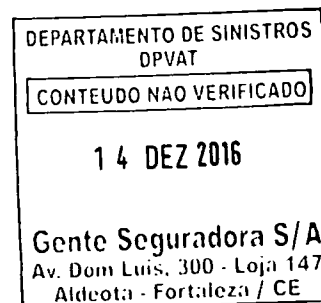


BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 3794 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Pablo Christopher Contreiras

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Pablo Christopher Corduro, 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 Ceara, 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:

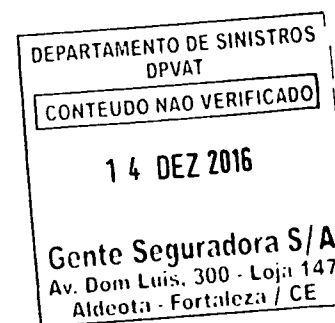
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Quixeramobim/CE 01/12/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pablo Christopher Corduro 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 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>Ru do Campo Urugue</u>	
Numero	<u>S/N</u>	
Apto/Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Distrito de Urugue</u>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
Cidade	<u>Quixeramobim</u>	14 DEZ 2016
Estado	<u>Ceara</u>	Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE
CEP	<u>63.800.000</u>	
Telefone de Contato	(88) 99349-2063	(88)99707-7864
E-mail		

Por ser verdade, Firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Pablo Christopher Corduro

5704279-9

Para regular 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

COE-CE

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4.1 Nº 447785977
Rota 38 28039 01 046000 - 5 Data de Emissão 26/09/2016Nome CIRLANDIA PORDEUS CORDEIRO
End. Postal RU DO CAMPO URUQUE 00000
DISTRITO DE URUQUE - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 4874556

Classe 01-RESIDENCIAL TRIFASICO

RG / CPF / CNPJ 668045743-20

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 70,20
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 18,95

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

730B.C06F.11F8.3718.E7E7.A888.54CA.001B

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3658	3565	1,00	93	0,00	100	0,70202	70,20

26/09/16 25/09/16 32 DIAS

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 06/2016
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL70,20
1,45
7,74DEPARTAMENTO 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
TOTAL	78,29

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08
98	99	92	102	89	104	86	105	89	106	107	105	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

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

Emitido (CO₂)

43,22

Compensado (kg(CO₂))

0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0

CONTAS EM ATRASO

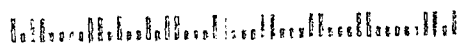
DEBITOS ANTERIORES



FIXO

8.0645971 SAN 07155:00045 - 1041125 - fone: 0800-011111

82901153



CIDADE FORTALEZA - CE
EMILSON MARCELO DE SOUSA LEITAO
RUA ANTONIO BEZERRA, 164
CEL AURELIO CAMARA
63800-000 QUIXERAMOBIM-CE



7213512820112410000039608030280616

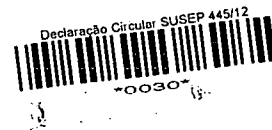
PX AO AUTOPECAS SAO SEBASTIAO 889708-7864

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

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



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 Emilson Marcelo de Sousa Brito 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 Perdeiro do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Pablo Christopher Perdeiro, 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/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1-4
Aldéa - Fortaleza / CE



DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

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 DOMICÍLIO NA CIDADE DE Quixeramobim, NO ESTADO DO
Ceará, ONDE RESIDO NA (RUA/AVENIDA/ESTRADA)
Rua do Campo Urucue, N° SIN,
COMPLEMENTO Laxa, 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: MONDA/CG 125 FAN

PLACA: HVV 4122

CHASSI: 9C2JC30708R548643

DATA DO ACIDENTE: 15/11/2016

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

CARTEIRO DE REGISTRO CIVIL Distrito de Passagem Quixeramobim - Ceará	Reconheço verdadeira(s) firma(a):
	<u>Jose Ari Pereira Lordeiro</u>
	Dou Fe <u>sem</u> <u>05/12/16</u>
	Em tes. <u>sem</u> da verdade.
Maria de Fatima Martins de Brito Oficial do Registro Civil	

Jose Ari Pereira Lordeiro

ASSINATURA DO DECLARANTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

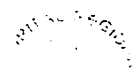
14 DEZ 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldreota - 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



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

DATA: 16 / 11 / 16

HORÁRIO: 07:55

ATENDIMENTO Nº: 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 Christopher Pontes
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/02/97 IDADE: 19 ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Orlando Pontes Pontes SUS: 893 0027 718 378
NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: -
ENDEREÇO: Av. Bem Fide BAIRRO: Uruguai CEP: 63.800.000
CIDADE: CE ESTADO: CE TELEFONE: 99 18 06 62
ENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Pablo Christopher Pontes
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 120 x 80 mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grâ ndes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração 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 consciência ou 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);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <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, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História 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.	<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 sinais 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.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

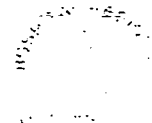
14 DEZ 2016

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



Quilômetro 01
Cidade
Mato e

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



DATA: ____/____/____

HORA: ____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

paciente masculino, 40 anos, residente em Quixeramobim, Ceará, com queixa de dor na região abdominal; exame físico normal; nega uso de medicamentos.

PRESCRIÇÃO:

- ① Limpeza local de lesão
- ② Rx na região
- ③ Analgesia Transcutânea

Glenn
15/12/2016

Dr. Guilherme Neto
Pneumologia / Tórax
Cirurgia / Tórax
Pneumologia / Tórax
Cirurgia / Tórax

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente em tratamento de dor abdominal, com melhora da dor após administração de analgésicos. Evolução satisfatória.

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Genete Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE
14 DEZ 2016
CONTENDO NÃO VERIFICADO
PRVAT
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO-MÉDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
PABLO CHRISTOPHER CORDEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORDEMADOR Nº
20080105623 SSPDS CE

CPF
050.002.333-60 DATA NASCIMENTO
05/02/1997

FUNÇÃO
CIRLANDIA PORDEUS
CORDEIRO

PERMISSÃO
ACC CALHA
A3

Nº REGISTRO
06427519768

VALIDADE
24/03/2020 1ª HABILITACAO
30/07/2015

Observações
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Pablo Christopher Cordeiro

LOCAL
QUICKADA, CE

DATA EMISSAO
10/08/2016

53142101648
CE154710890

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289952209

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1289952209

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 012457469165
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00956094570 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
JOSE ALE PEREIRA CORDEIRO
QUIXERAMOBIM / CE

CPF / CNPJ 00318907330 PLACA BYV4122 / CE

PLACA ANT. / UF / CE 2 CHASSI 9C2JC3070BR548643

VEÍCULO / MOTOCICLO / NAU / AER / OUTRO GASOLINA

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

CAP. / POT. / CIL. 2P / OCV / 12400 CATEGORIA PARTIC QOR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
QUIXERAMOBIM 12/02/2016

Igor Ponte
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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EXERCÍCIO
2016 12/02/2016

CPF / CNPJ 00318907330 PLACA BYV4122

RENAVAM 00956094570 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 CIL. 09 Nº CHASSI 9C2JC3070BR548643

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 127,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 145,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 272,01

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-03

www.seguradoralider.com.br

MOTOR 9C2JC3070BR548643

01398

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

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FISCAL DO ESTADO DO CEARÁ
COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO E INTERFERÊNCIAS MÉDICAS

Prolegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Wood Berto Cordeiro

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CE: 2016007698 - 0

DATA DE
EXPIRAÇÃO: 11/01/2016

NOME
JOSÉ ARI PEREIRA CORDEIRO

FILIAÇÃO
ANTÔNIO CORDEIRO PORDEUS
DELMIRA CORDEIRO PEREIRA

NATURALIDADE
QUIXERAMOBIM - CE

DATA DE NASCIMENTO
05/10/1951

DOC. ORÇEN
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: URUQUE TERMO: 799 FOLHA: 124 LIVRO: B-03 QUIXERAMOBIM - CE

CFF

RG: ANT: 68669083

P.: 27

1 VIA

Ass. de José Ari
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO 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 Lordeiro 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: Piãra 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 esta declaração permita o prosseguimento análise da mínima
documentação enviada.

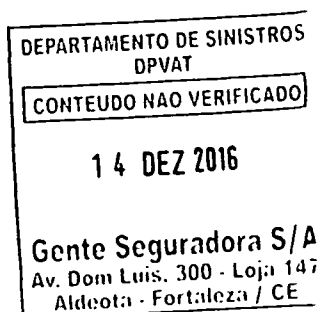
Concordando desde já, em me submeter a perícia medica à custa da seguradora líder Dpvat para
a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei
nº6.194/74.

Pablo Christopher Lordeiro

Assinatura do Declarante

Quixeramobim/CE 01/12/2016

Local e Data





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:

Pablo Christo Marcelino

OUTORGANTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 DEZ 2016

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

OTR CARTORIO QUEIROZ ROCHA
Rua Bougeval Leão, 678-Centro
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: PABLO
CHRISTOPHER CORDEIRO. DOU FÉ. Quixeramobim-Ceará,
01/12/2016.

ANA K Kelly de Lima Holanda
ANA KELLY DE LIMA HOLANDA

