

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10450264

A/C: ELIAS PAULO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170059902 ASL-0036100/17

Vitima: ELIAS PAULO DA SILVA

Data Acidente: 21/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10458438

A/C: ELIAS PAULO DA SILVA

Sinistro: 3170059902 ASL-0036100/17
Vítima: ELIAS PAULO DA SILVA
Data Acidente: 21/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2017

Carta nº: 10654614

A/C: ELIAS PAULO DA SILVA

Sinistro: 3170059902 ASL-0036100/17
Vitima: ELIAS PAULO DA SILVA
Data Acidente: 21/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

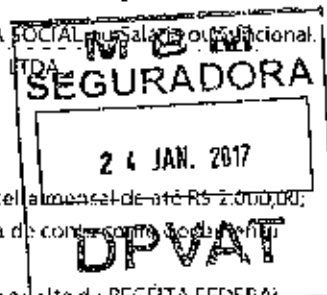
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elas Paulo da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2000029126020 EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 01/09/10 E
CPF 1402102003-59 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Pedreiro
E RENDA MENSAL DE R\$ Ruço (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elas Paulo da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 aparecerem 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 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 com todos os 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28343-4

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.

João Nilton de 24 de Janeiro de 2017

LOCAL E DATA

Elas Paulo da Silva

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 11.343/2006); 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 0800-0211214





BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 166 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/01/2017 08:15:18**
Data / Hora da Ocorrência: **21/07/2016 18:42:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIAS PAULO DA SILVA**
Nascimento: **20/06/1944** CPF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA PASTORA DA CONCEIÇÃO**
MIGUEL PAULO DA SILVA
Endereço: **RUA IDERVALDO RAMOS PEDROSA, 264**
Bairro: **SÃO JOSE**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98855-0202**



Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho e denúncia caluniosa, relata o Noticiante QUE CAMINHAVA em via pública; QUE, foi ATROPELADO por um AUTOMÓVEL (NÃO IDENTIFICADO); QUE, o CONDUTOR evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE, foi socorrido por POPULARES e levado para UPA 24h de Juazeiro do norte; QUE, sofreu CORTE CONTUSO EM PERNA ESQUERDA; NADA MAIS DISSE, registra para requerer o seguro DPVAT.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DIMITRI DINIZ ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA - MAT.: 300880-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elias Paulo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

VÍCTOR TIMBO DE LIMA - MAT.: 198828-1-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Elcio Paulo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2000029126020 e inscrito no CPF/MF sob o nº 140.240.203-59, residente e domiciliado na Rua Idemval Ramos Feijosa, n.º 264, Cidade Juazeiro do Norte, 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 à 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.

Elcio Paulo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - CE, 24/01/2017

Local e data



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 21/07/2016
Hora: 18:42

Data de Saída: 21/07/2016
Hora de Saída: 18:42

Paciente

Nome: 41712 ELIAS PAULO DA SILVA

Responsável: ELIAS PAULO DA SILVA

Mãe: MARIA PASTORA DA CONCEICAO

Endereço: RUA IDERVAL RAMOS PEDROSA, 264, FREI DAMIÃO -

Nasc: 20/06/1944

Idade: 72

Telefone: (88) -

Celular: (88) -

CEP: 63.010-000

Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS:

Doc. Identidade: 200002912602 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO APRESENTANDO CORTO CONTUSO EM PERNA ESQUERDA

comprovação do ato declaratório

Antecedentes Médicos

Exame Físico

CLINICO

Exames Complementares

CLINICO E ANAMNESE

Conclusão Diagnóstica

CID-10

S810

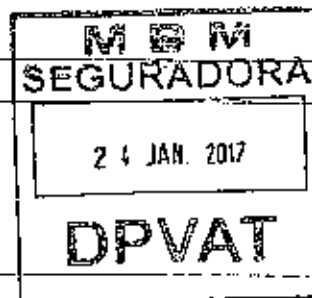
FERIMENTO

Tratamento

SUTURA

VAT

AINES PARA CASA



João de Souza Leite
Médico
CREMEC 10.173

JOAO DE SOUSA LEITE
CRM: 10173 / CE

Diretor Médico

Nº DO CLIENTE
5468444-7
 Para auxiliar seu atendimento, utilize o número 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
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Veríssimo, 100
 CEP 60135-600 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CEP 06.105.648-3

Cooper e



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-41 Nº 461435469
 Rota 08 13000 12 608172 - 0 Data de Emissão 13/01/2017
 Nome ELIAS PAULO DA SILVA
 End. Postal RU IDERVAL RAMOS PEDROSA 00264
 FREI DAMIAO - JUAZEIRO DO NORTE - 63044260
 Medidor 369279 Poste 0000 D09E
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 140270203-59 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Jan/2017	13/01/2017	30/02/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos
Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos
Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos	Conjuntos

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
15270		

VALOR RESERVADO AO CONTROLE FISCAL

3469.170E	SCHE	ALDO	3549.074E	DOCE	640E
-----------	------	------	-----------	------	------

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fato.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2736	2691	1.00	44	0.30	36	0.17297	5.18

VALOR CONSUMO DO MES 9,34
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,80
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 23,19

DEBENTIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	5,65
Transmissão	0,14
Distribuição	0,97
Encargos Setoriais	0,95
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,09
TOTALE	10,14

CONSUMO CONSENTIDO EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 19,02 Compensado kg (CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE DEBENTIMENTO

M B M
SEGURADORA
 24 JAN. 2017
DPVAT

Contatos:
 (88) 3512-0398
 (88) 97479-2255

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 Cicera Marcia Vital Leite, portador(a) do

RG nº CNH:06188254640, expedido por Detran-CE, em

26 / 09 / 2014, CPF/CNPJ nº 005.116.273-35,

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

Paulo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

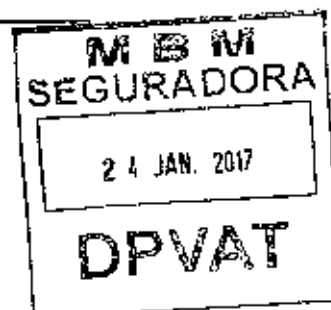
da vítima Elias Paulo da Silva, e conforme

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

Profissão: Recusou Informar Renda Mensal: R\$ Recusou Informar

Documentos comprobatórios: Recusou Comprovar profissão e renda.

Cicera Marcia Vital Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 21/07/2016
Hora: 18:42

Data de saída 21/07/2016
Hora de Saída 18:42

Paciente

Nome: 41712 ELIAS PAULO DA SILVA
Responsável: ELIAS PAULO DA SILVA
Mãe: MARIA PASTORA DA CONCEICAO
Endereço: RUA IDERVAL RAMOS PEDROSA, 264, FREI DAMIÃO -
Nasc: 20/06/1944 Idade: 72
Telefone (88) - Celular: (88) -
CEP: 63.010-000 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: 200002912602 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO APRESENTANDO CORTO CONTUSO EM PERNA ESQUERDA

Antecedentes Médicos

Exame Físico

CLINICO

Exames Complementares

CLINICO E ANAMNESE

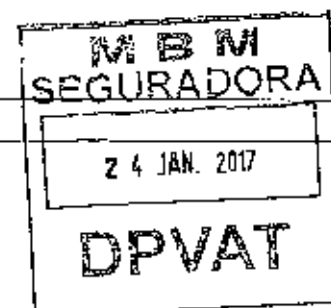
Conclusão Diagnóstica

CID-10 S819

FERIMENTO

Tratamento

SUTURA
VAT
AINES PARA CASA



João de Sousa Leite
Médico
CRM: 10.173

JOAO DE SOUSA LEITE
CRM: 10173 / CE

Diretor Médico

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clinica Médica - Cirurgia Geral

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

Relatório Médico

O paciente Elio Paulo da Silva sofreu acidente (Atropelamento por carro) que resultou em trauma (Ferimento lacerado - turo) no punho esquerdo. Recebeu tratamento (Cirurgia - sutura do ferimento). Apresenta sequelas importantes (Limitação de 40% dos movimentos do punho esquerdo). O acidente foi no dia 21/07/2016 e o atendimento foi no dia 10/11/2016.

04/01/2017

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

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

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2000029126020 DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/09/2010

NOME: ELIAS PAULO DA SILVA
FILIAÇÃO: MIGUEL PAULO DA SILVA
MARIA PASTORA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE: CARIRIACU - CE DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1944

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 290 FOLHA: 285
LIVRO: B-17 CARIRIACU - CE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

REPÚBLICA FEDERATIVA

ESTAD. SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação

Polícia Diteiro

ASSINATURA DO TITULAR: ELIAS PAULO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

140.270.203 - 59

ELIAS PAULO DA SILVA

20/06/1944

MEM
SEGURADORA

24 JAN. 2017

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **140.270.203-59**

Nome da Pessoa Física: **ELIAS PAULO DA SILVA**

Data de Nascimento: **20/06/1944**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:36:00**; do dia **11/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A174.56B5.80B7.4E2F**

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.)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.116.273-35**

Nome da Pessoa Física: **CICERA MARCIA VITAL LEITE**

Data de Nascimento: **21/12/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:39:03**: do dia **11/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8BCE.DB16.C8FF.C106**

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.)





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ELIAS PAULO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: PEDREIRO, portador(a) do RG 20000291262, órgão expedidor SSP
e do CPF: 140.270.205-59, residente no(a) Rua EDVAL RAIMOS PEDREIRA
nº 264, bairro: FREI NAMIÃO, município: Juazeiro do Norte

OUTORGADO:

Nome: Cicera Marcia Vital Leite, brasileiro(a), estado civil: Casada
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG Cnh:06188254640, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 005.116.273-35, residente no(a) Rua Severino Cândido
nº 10, bairro: Pedrinhas, município: Juazeiro do Norte, Ce

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

Local e Data: Juazeiro do Norte - Ce, 04/01/17

5º OFÍCIO

ELIAS PAULO DA SILVA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CPC

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ELIAS PAULO DA SILVA, DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará, 04/01/2017.

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Juazeiro do Norte (CE)

Carolina M. de Carvalho Gomes
ESCRIVENTE AUTORIZADA

