

SECRETARIA DE VARA  
flz. 07

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Daniel Senneca Amorim Brumelino, solteiro, estudante, portador da cédula de identidade nº 2004.0050.30599.55P-EE, inscrito no CPF/MF sob nº 022.984.783-84, com endereço Rua Dr. Flávia Senneca, 314, bairro Centro, Síndico Pompeu - PE.

**OUTORGADO(S):** Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional para intimação na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional para intimação à Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE.

**PODERES:** Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o(s) Outorgado(s) acima identificados, seu(s) bastante(s) procurador(es), conferindo-lhe(s) os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir(em), em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o(s), conferindo-lhe(s) poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

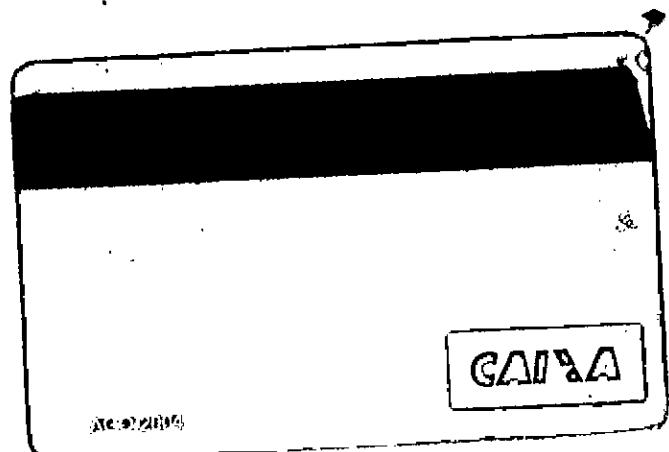
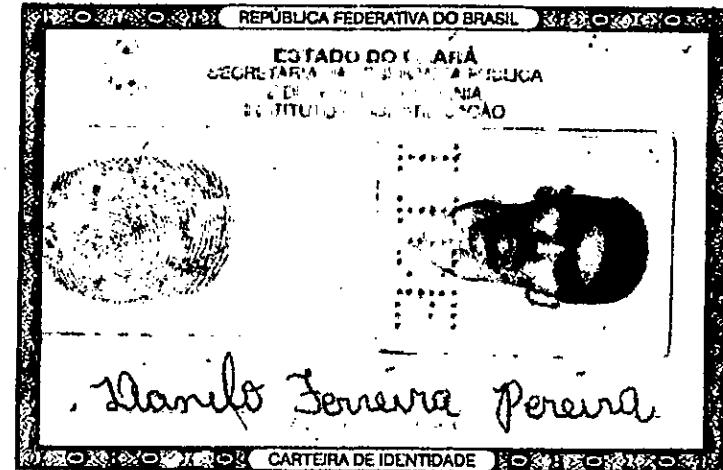
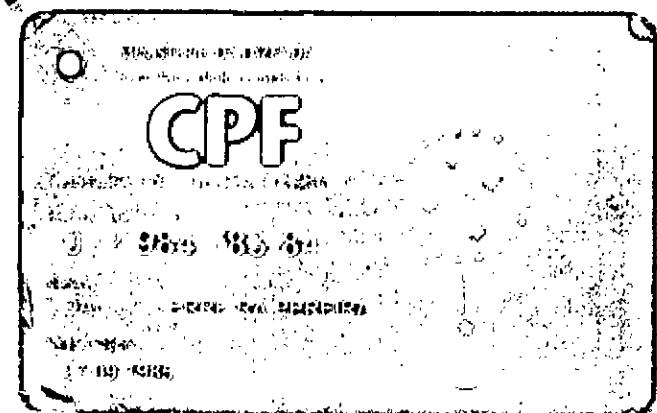
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARAÇÃO:** O(a)s outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

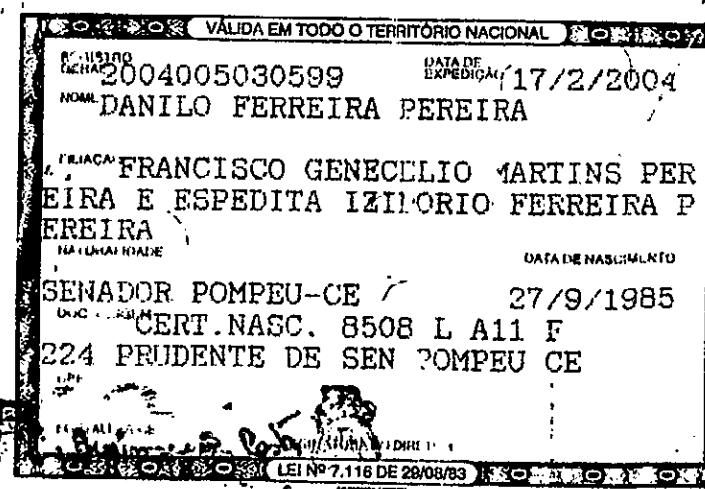
Sen. Pompeu -CE, 18 de agosto de 2015.

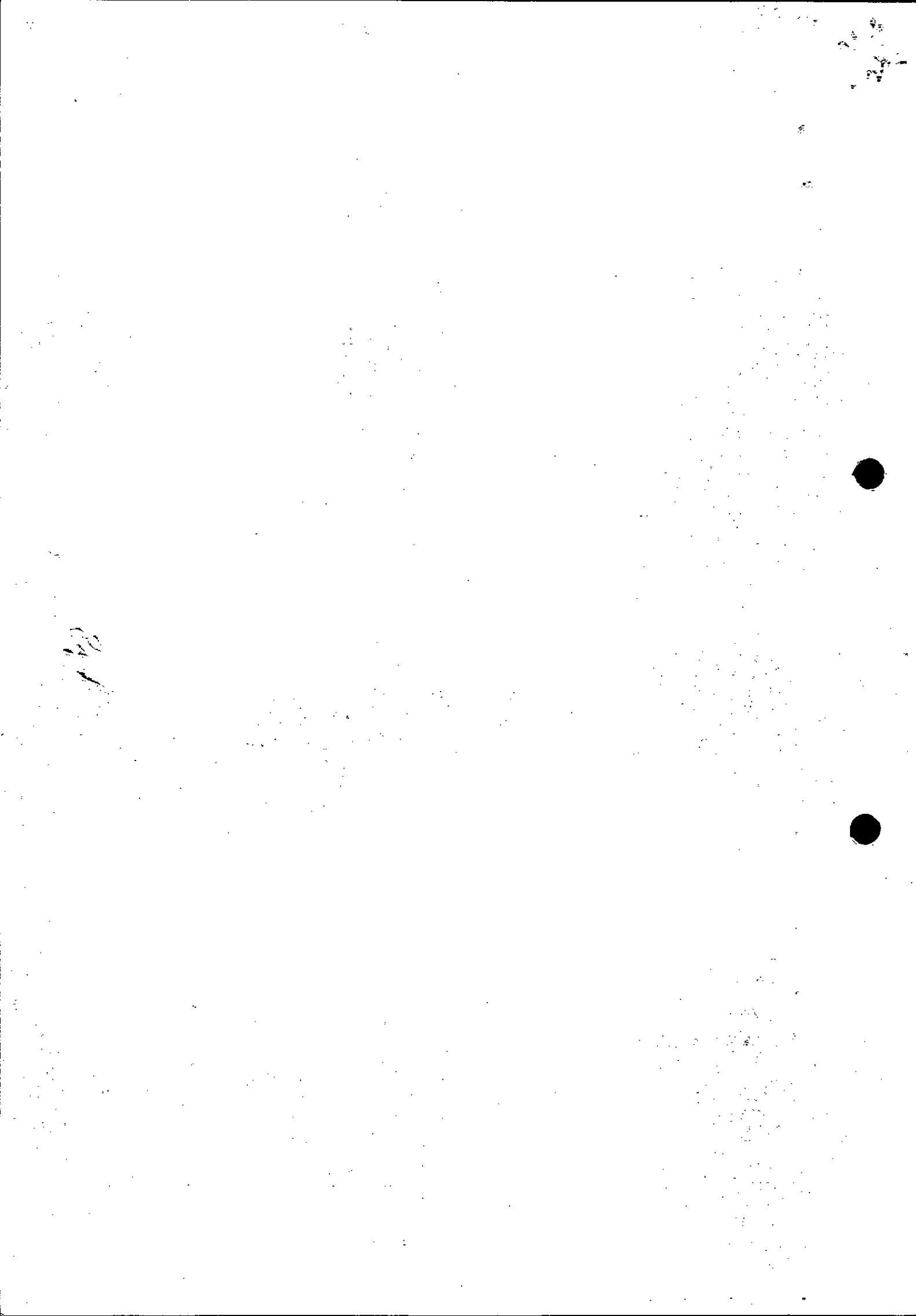
\* Manoel Ferreira Pereira  
OUTORGANTE





SECRETARIA DE  
ESTADO DO CEARÁ  
FOLHA 08





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

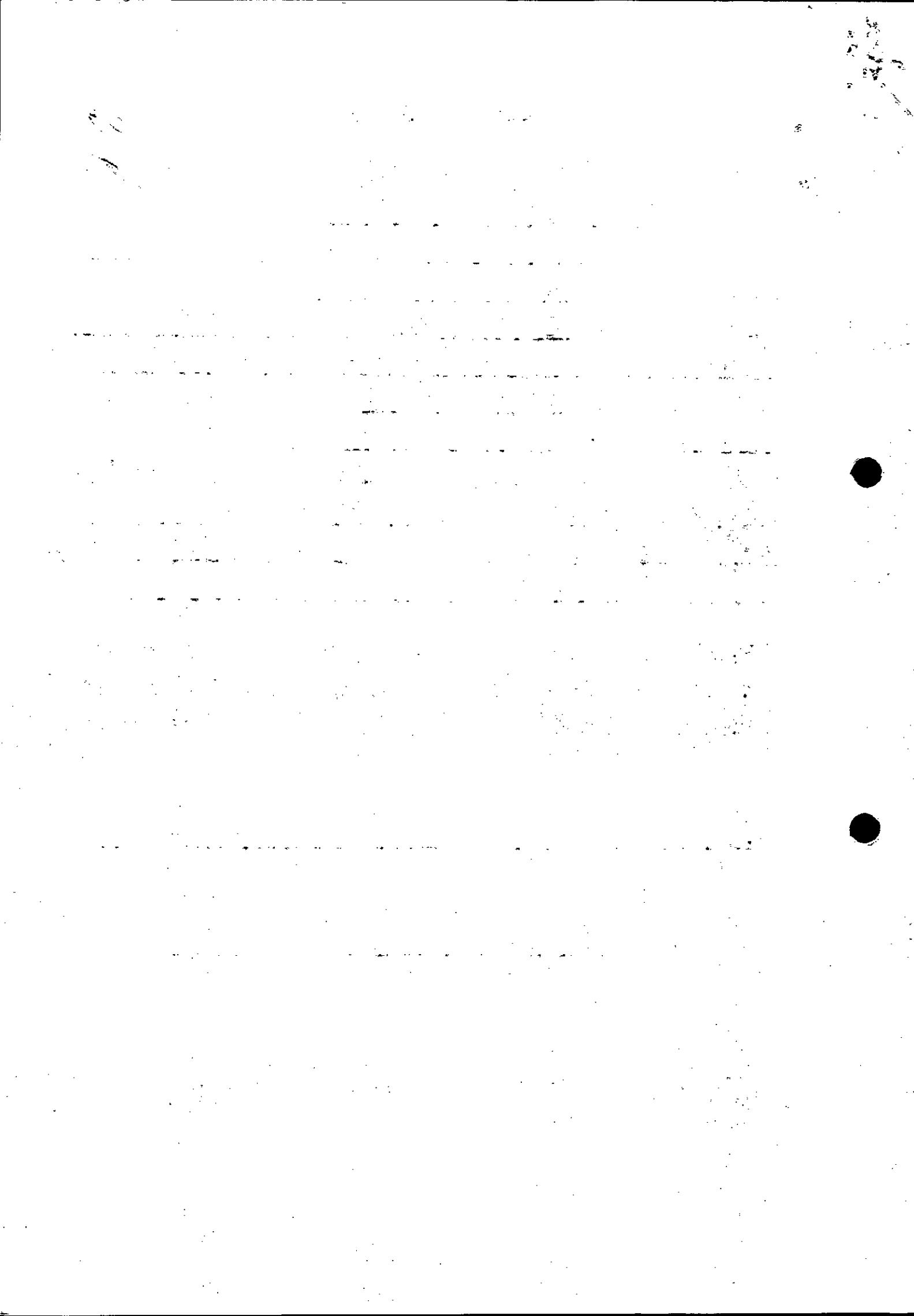
SECRETARIA DE  
ESTADO  
09  
J

Daniel Ferreira Pereira, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão Estudante,  
natural de Sinder Pompeu, estado Perná  
nascido aos 27 / 09 / 1985, filho de Francisco Genélio  
Silveiros Pereira e Expedíta Sidonio Ferreira Pereira,  
portador(a) do RG nº 2004009030599 Órgão Expedidor  
SSP-PF, CPF nº 022.984.783-84, DECLARO conforme  
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:  
Rua Pra. Almira Geminica, 314, bairro Centro, Sinder  
Pompeu - PE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e  
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte  
estritamente a verdade.

Sinder Pompeu - CE., 18 de outubro de 2015.

x Daniel Ferreira Pereira  
DECLARANTE



**SINISTRO 3150392552 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA DANILo FERREIRA PEREIRA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Investprev Seguradora S/A**ENDEREÇO** Rua Dom Jaime Câmara, 170 Conjuntos 101 e 102, Centro, Florianópolis - 24, CEP: 88015-120**BENEFICIÁRIO** DANILo FERREIRA PEREIRA**CPF/CNPJ:** 02298478384**Posição em 02-06-2015 09:51:23**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.012,50

Data de liberação do pagamento: 03/06/2015

Fique atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
03/06/2015	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

Rs 1,015.50

100.00

ONE HUNDRED



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, Daniel Ferreira Pereira,

PORTADOR(A) DO RG N° 3004005030599 EXPEDIDO POR 953P - OE EM 17/02/04 E  
 CPF 0999984783-8 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DQ, VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Ferreira Pereira, 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 de Funcionário;
- 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 Lotáticas 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](http://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) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18.703-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Paulo, 08 de Abril de 2015

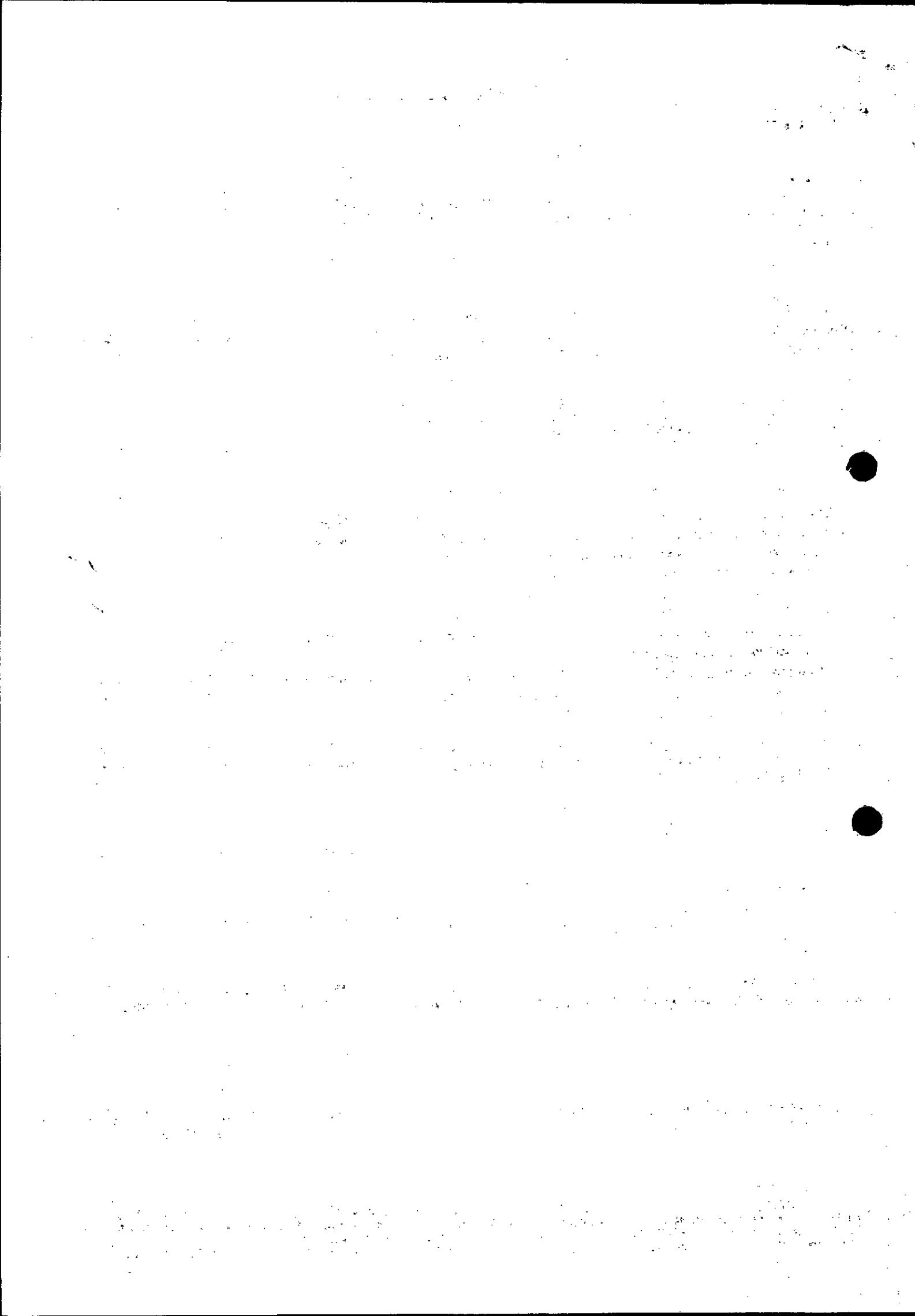
LOCAL E DATA

Daniel Ferreira Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

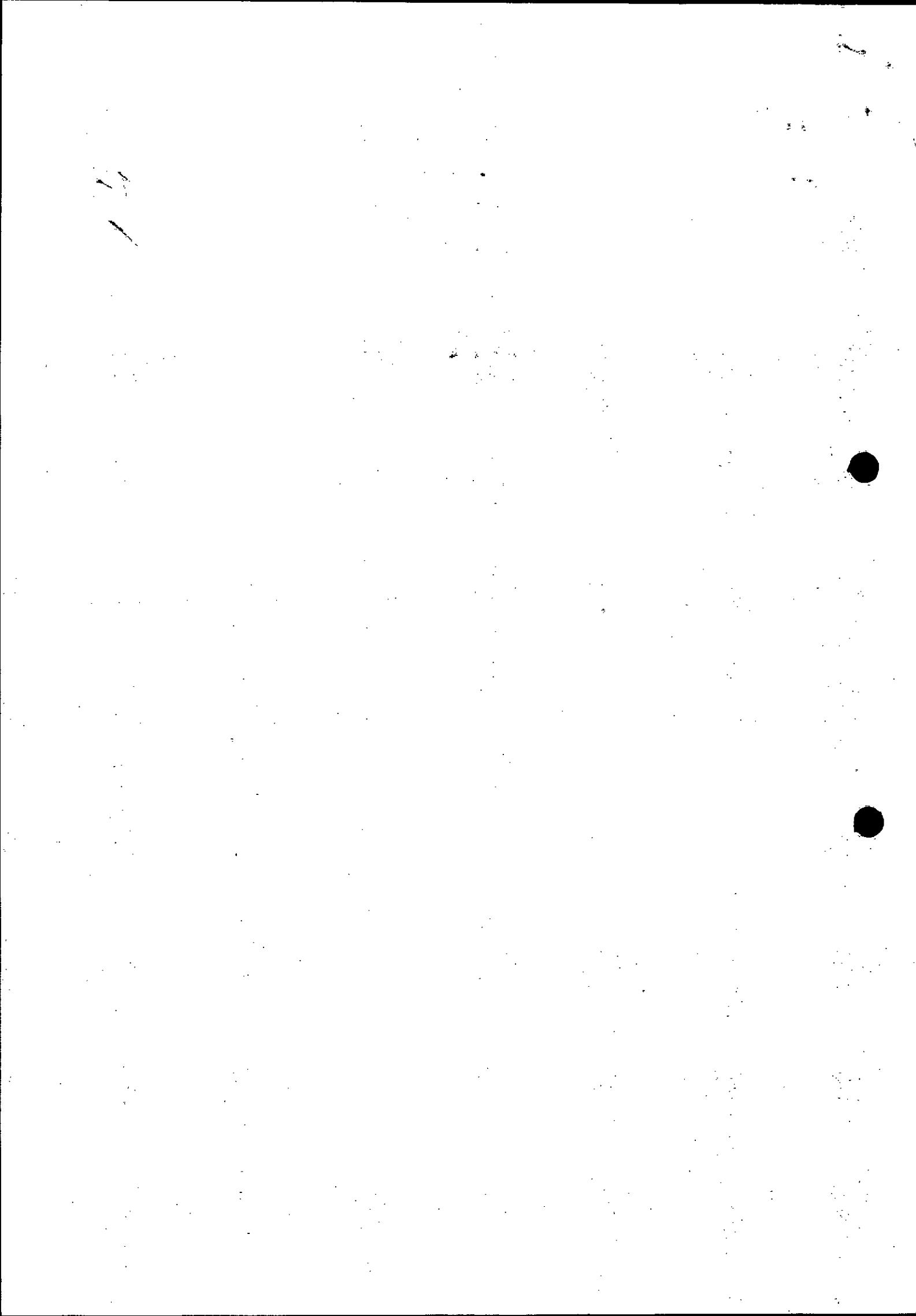
## ! ATENÇÃO

- 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.



SECRETARIA DE VARA  
flz 12  
J





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

SECRETARIA DE VARA  
fls. 13

Eu, Danilo Ferreira Pinheiro, portador da carteira de identidade nº 2004005030599 e inscrito no CPF/MF sob o nº 022.984.783-84, residente e domiciliado na Rua Pio. Almir Sáminio, Cidade São José dos Campos, Estado Espírito Santo, 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
- () 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.

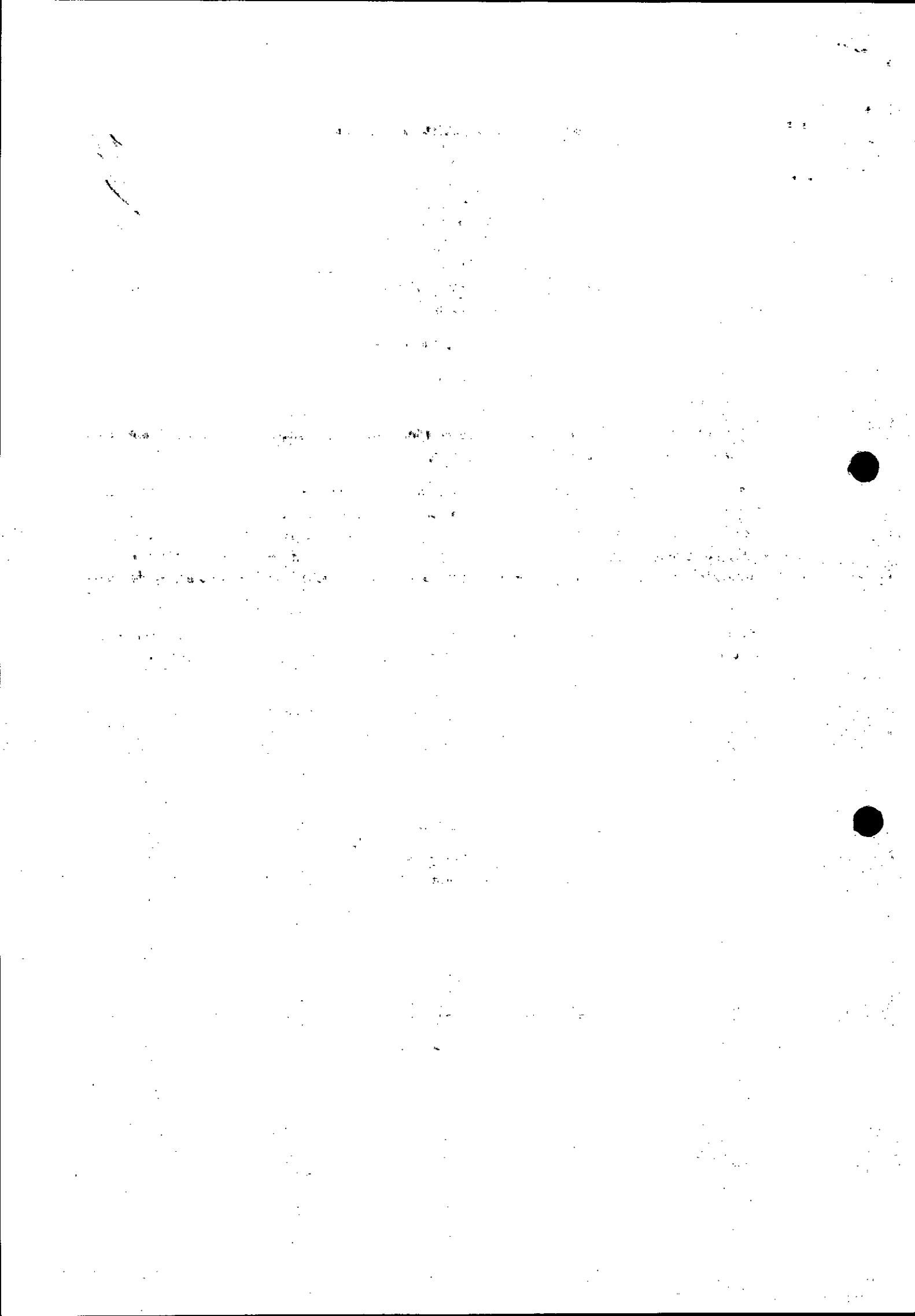
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Danilo Ferreira Pinheiro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

Seguradora Parque 08/04/2015



Declaração

SECRETARIA DE SAÚDE  
fls 14

Eu, Domilo Ferreira Pereira, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 27/11/14, fui socorrido por Françica Valdona Silva de Souza, Telefone: ( ) 99999-9999, e levado ao hospital: Hospital São Luiz, Serraria Pauzal - RJ.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não posso nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

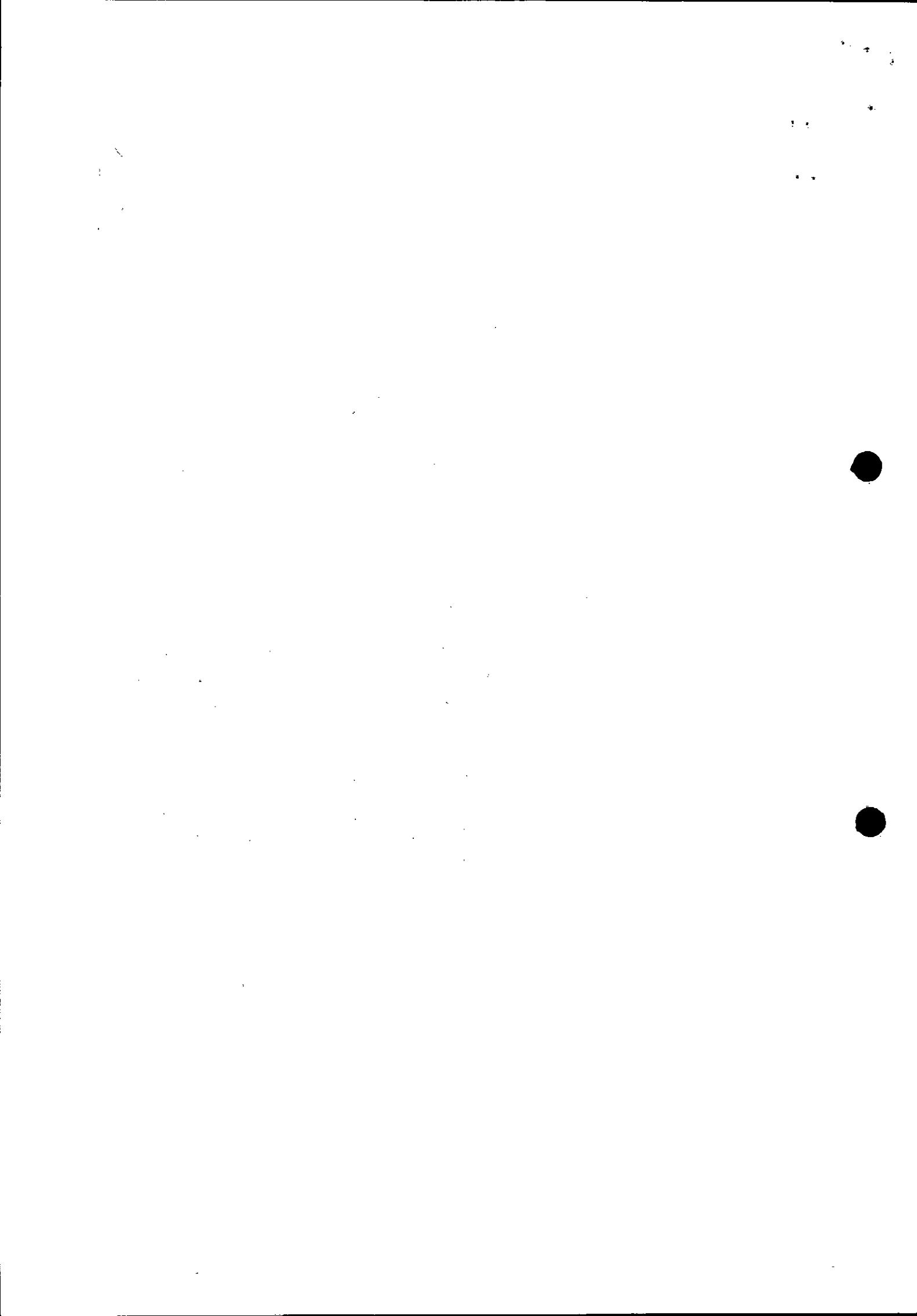
Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Serraria Pauzal UF: RJ Data: 28/04/2015

Domilo Ferreira Pereira



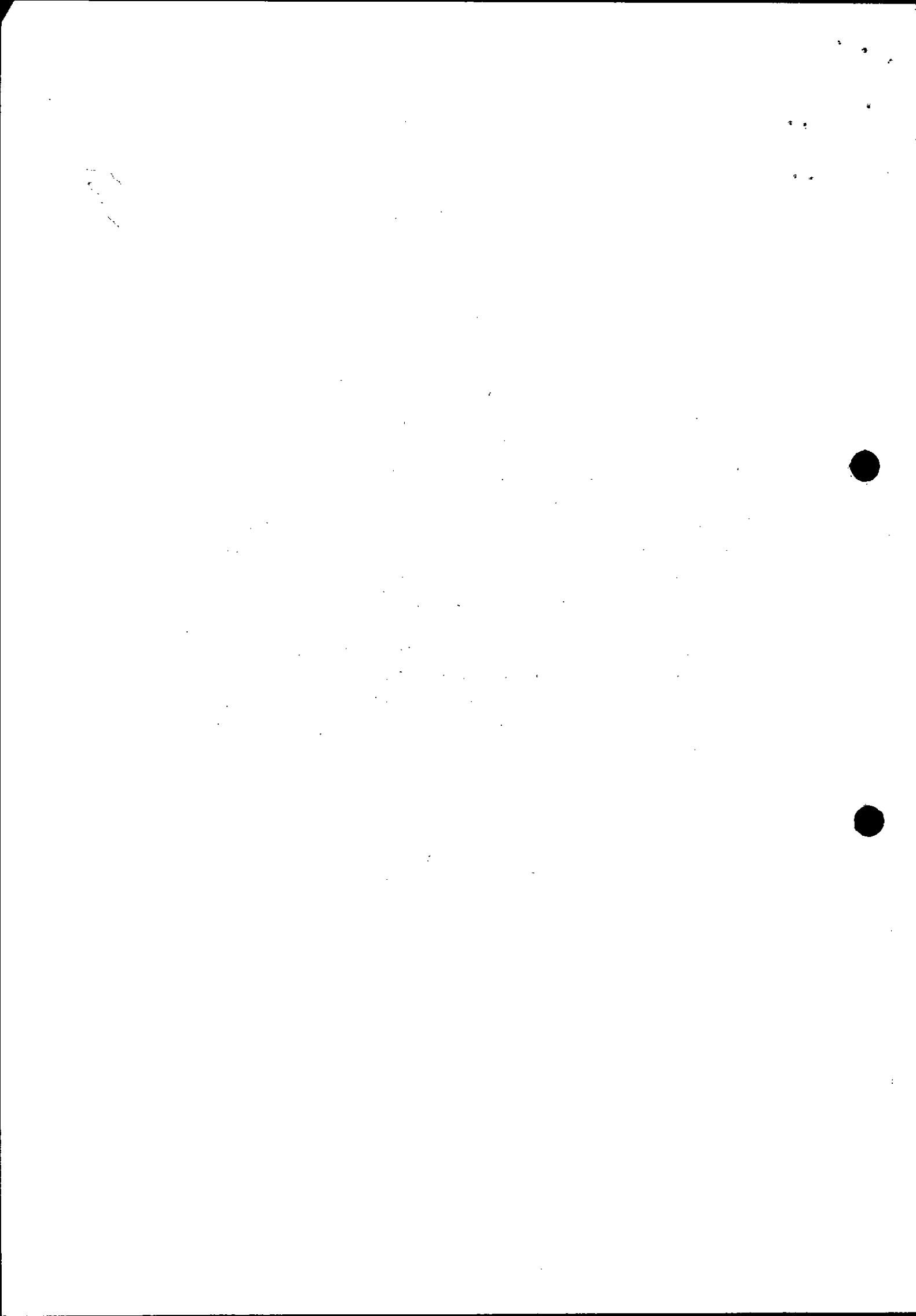
SECRETARIA DE VARA  
S. P. 15

## DECLARAÇÃO

Eu Cláudia Silveira de Souza, portador da carteira de identidade nº 3000015163773 e CPF 036.116.313-25, residente domiciliado na Rua Nova Brasília, N° S/N Bairro CENTRO, Cidade Senador Pompeu. Declaro que presenciei e/ou socorri na data de 27/11/84, o Sr. Jônio Bonina Pinima, portador da identidade nº 3004005030999, e CPF nº 022.984.783-84, residente na rua Rua Maria Stremminia, N° 114 Bairro Centro, Cidade Senador Pompeu para a Maternidade e Hospital Santa Isabel, vítima de acidente de trânsito com Motocicleta (motocicleta, carro, etc), na Rua Avenida Francisco Franco, Bairro CENTRO, Cidade Senador Pompeu. Que o declarante está ciente de que, caso estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes, bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal Brasileiro.

Cláudia Silveira de Souza.

Assinatura do declarante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

036.116.313-45

Nome

CLEIDIANA SILVA DE SOUZA

Nascimento

05/06/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

F55A.BA16.6790.D79A

A autenticidade desse comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:45:45 do dia 06/12/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

RODRIGO LIMA

Cleidiana Silva de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

NOME

FRANCISCO CESAR FERREIRA DE SOUZA E FRANCISCA VALDENIA SILVA DE SOUZA

FILIAÇÃO

DEMAIS

DATA DE NASCIMENTO

08/07/1987

LOCAL

FORTEALEZA-CE

DATA DE EXPEDIÇÃO

24/10/2006

TIPO

CERT. NASC.

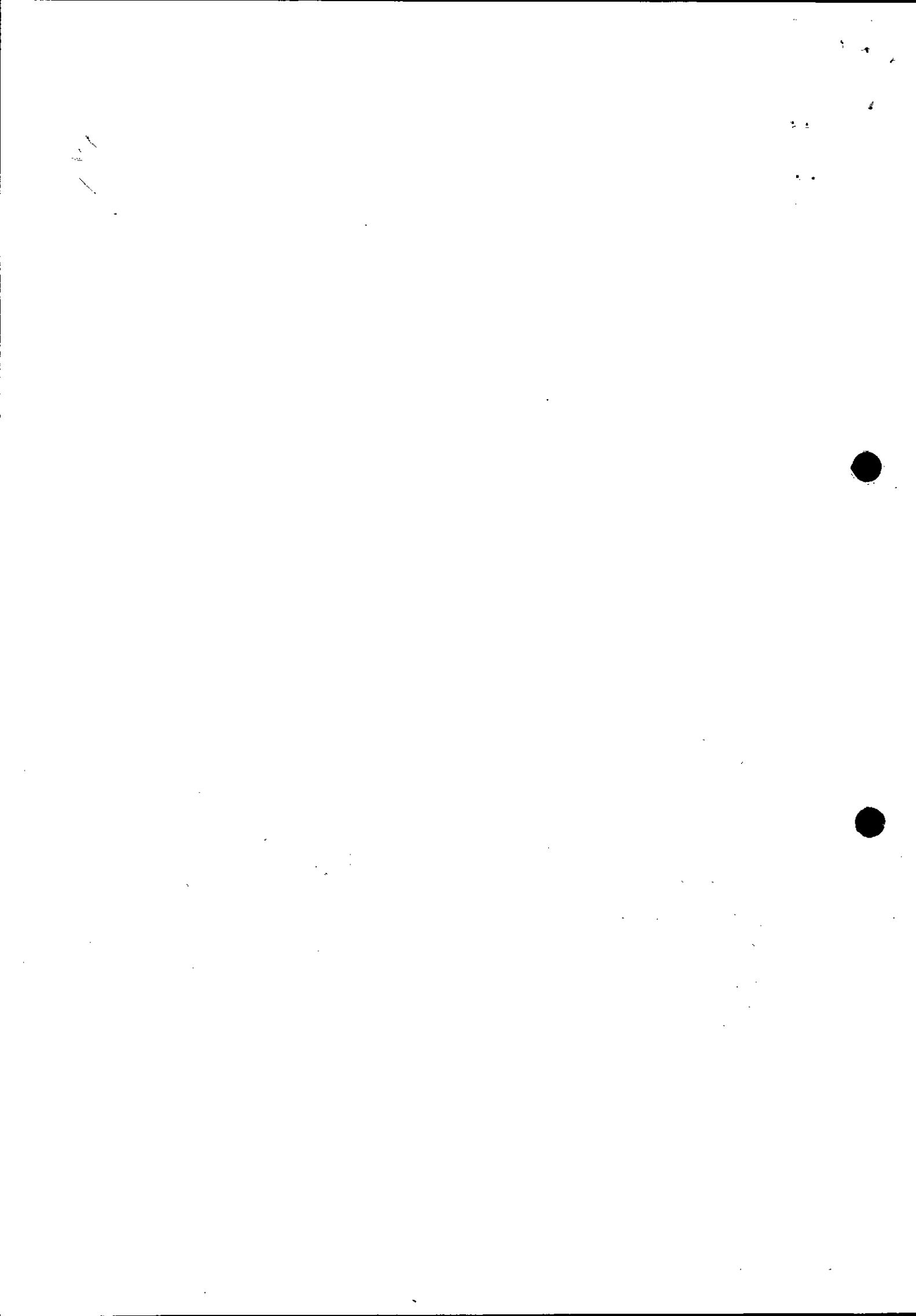
40616 L A37 F

087V ANT ALENCAR FORTEALEZA/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DE  
FAZENDA



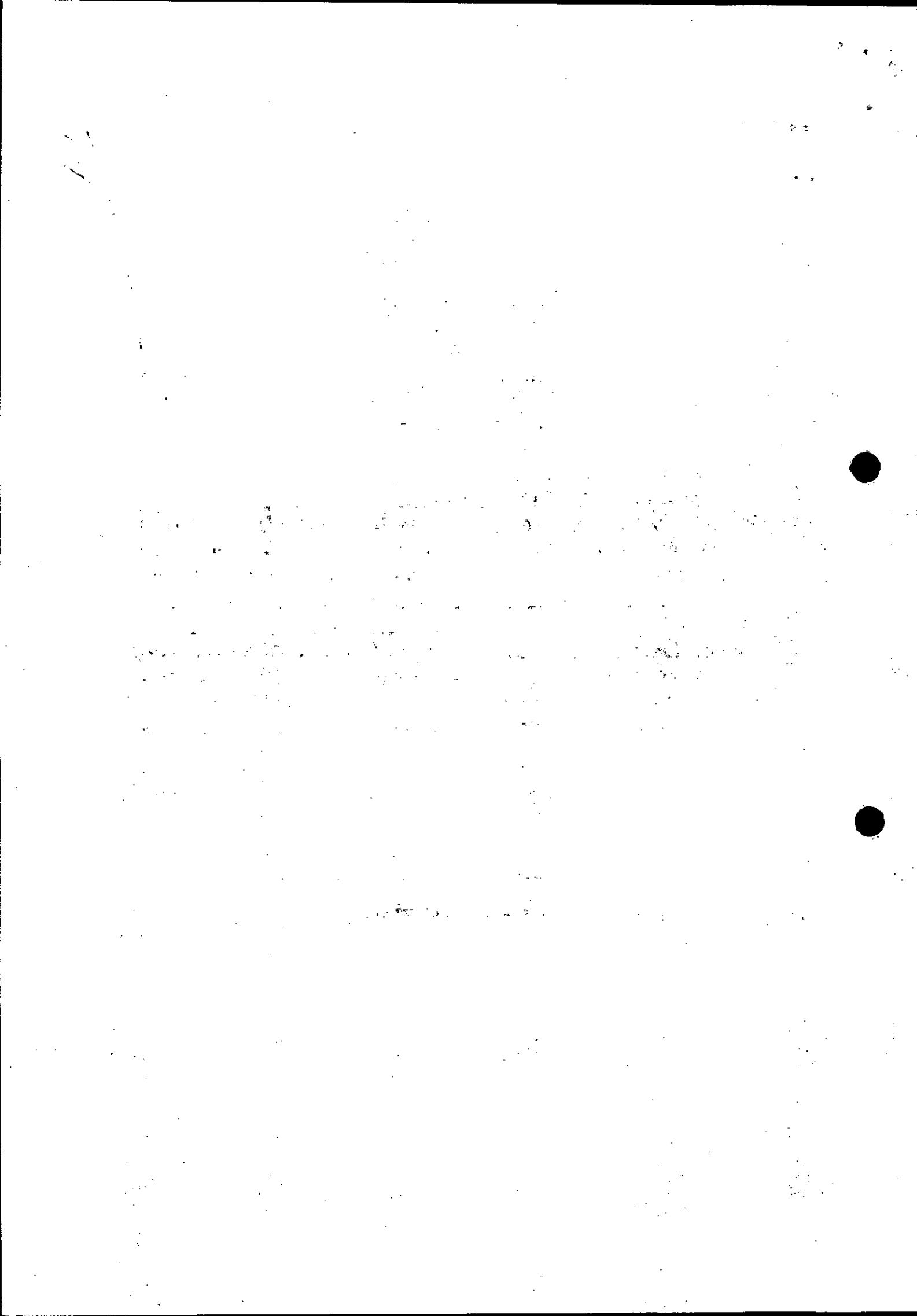


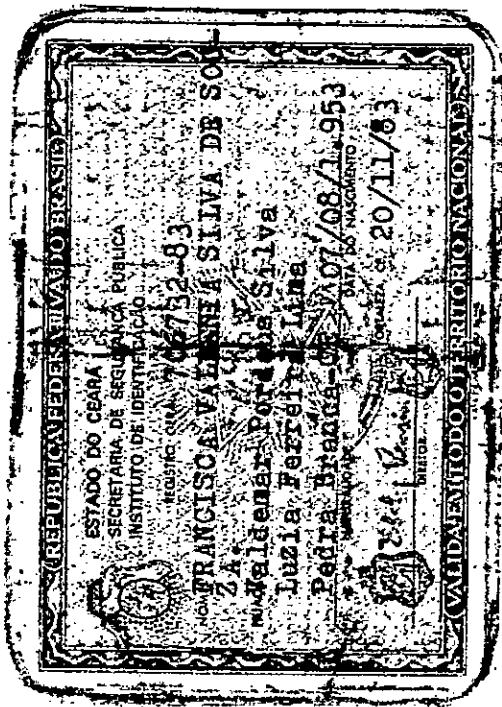
## DECLARAÇÃO

Eu Francisca Valdenice Silva de Souza, portador da carteira de identidade nº 706732-83 e CPF 203.713.443-87, residente domiciliado na Rua NOVA BRASILIA, N° sem Bairro ENTRE, Cidade SANTO ANDRÉ POCAYPO. Declaro que presenciei e/ou socorri na data de 27 / 03 / 84, o Sr. Domingo Geminio Peninha, portador da identidade nº 2002009030599 e CPF nº 022.984.783-84, residente na rua Blo Mário Geminio, N° 314 Bairro Entro, Cidade SANTO ANDRÉ POCAYPO, para a Maternidade e Hospital Santa Isabel, vítima de acidente de transito com MOTOCICLETA ( motocicleta, carro, etc), na Rua Avenida Francisco Franco Marques, n° \_\_\_\_\_, Bairro ENTRO, Cidade SANTO ANDRÉ POCAYPO. Que o declarante está ciente de que, caso estas declarações não sejam a expressão da verdade, ressarcirão a seguradora competente e quaisquer outros órgãos que tenham prejuízos dela decorrentes, bem como responder criminalmente por infração do artigo 229 do código penal Brasileiro.

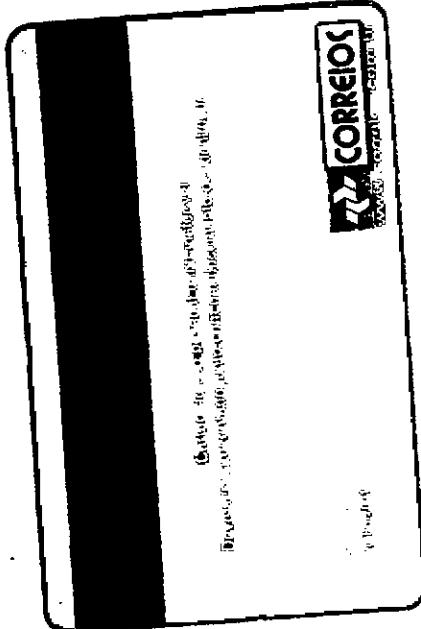
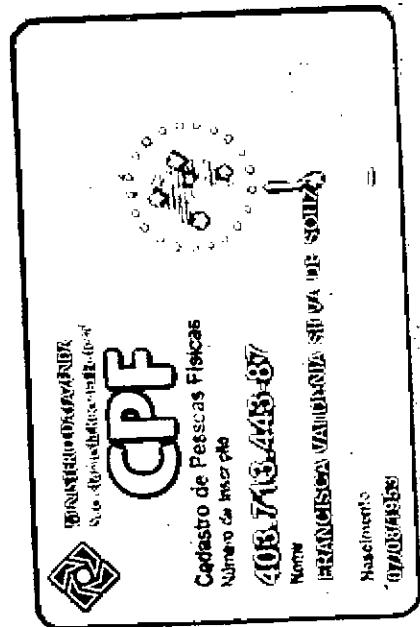
Francisca Valdenice Silva de Souza

Assinatura do declarante





SECRETARIA DE VARA  
fla 18



100

**REQUERIMENTO DE ACEITACÃO DE MEIO PROBATÓRIO**

Senhor Presidente,



DANILLO FERREIRA PEREIRA, já  
devidamente qualificado (a) no procedimento em epígrafe; vem por meio desse documento solicitar a **ACEITAÇÃO DA PROVA TESTEMUNHAL** no presente procedimento administrativo para comprovar o nexo de causalidade, pelos motivos a seguir expostos:

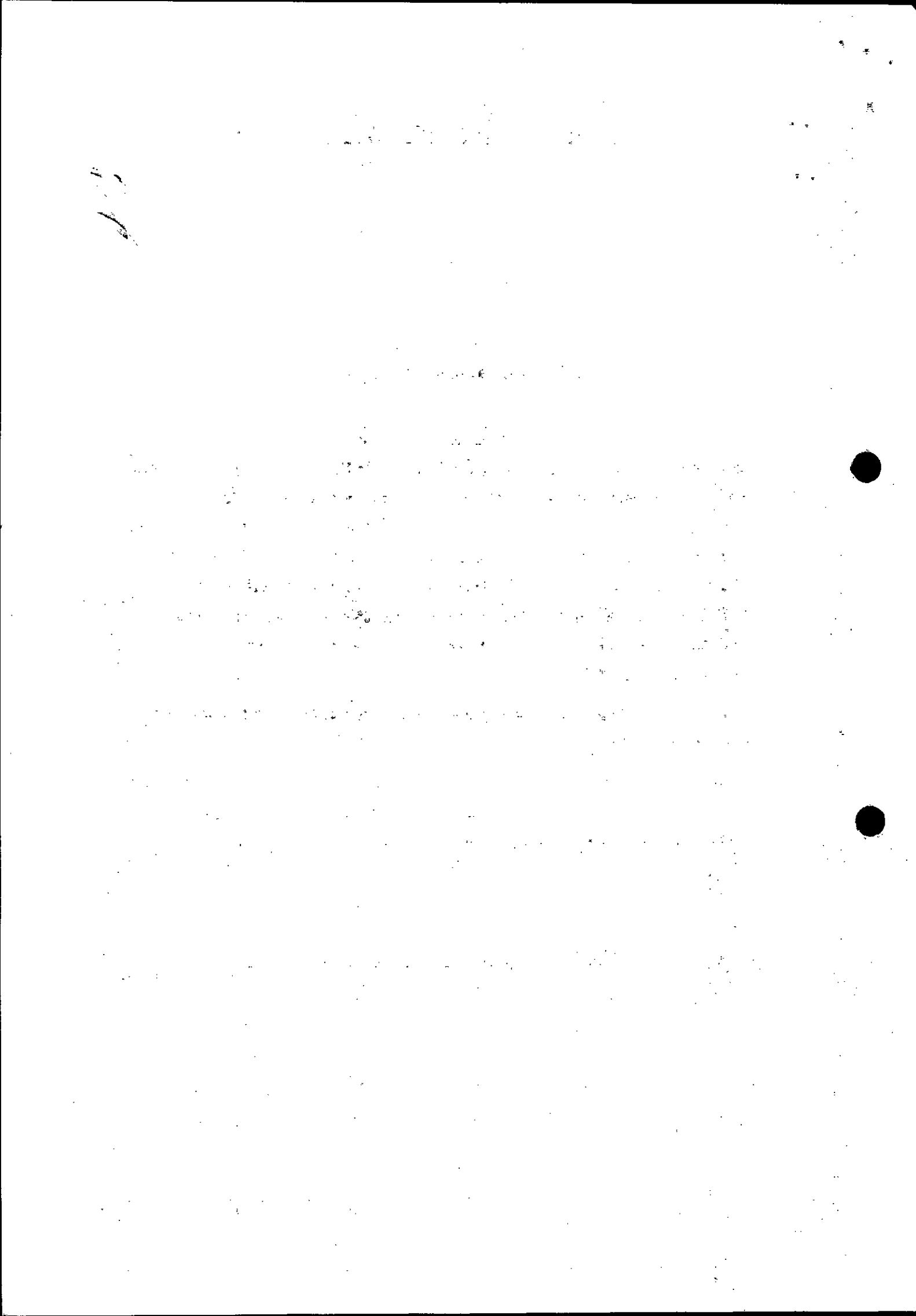
A Carta SUPTEC 005/2014 traz um rol exemplificativo de formas para provar a existência do acidente, a exemplo do atendimento pelo SAMU, Corpo dos Bombeiros, bem como qualquer outro documento que evidencie ou comprove o ato declaratório relatado em Boletim de Ocorrência. Conforme o Código de Processo Civil, a prova testemunhal é sempre admissível quando a lei não dispuser de modo diverso. Assim, é completamente idônea a declaração do popular que atuou como socorrista, até porque a Seguradora é sabedora das condições precárias de atendimento a que são submetidas às vítimas. Portanto, é inadmissível penalizar a vítima pela a insuficiência da prestação do serviço público brasileiro.

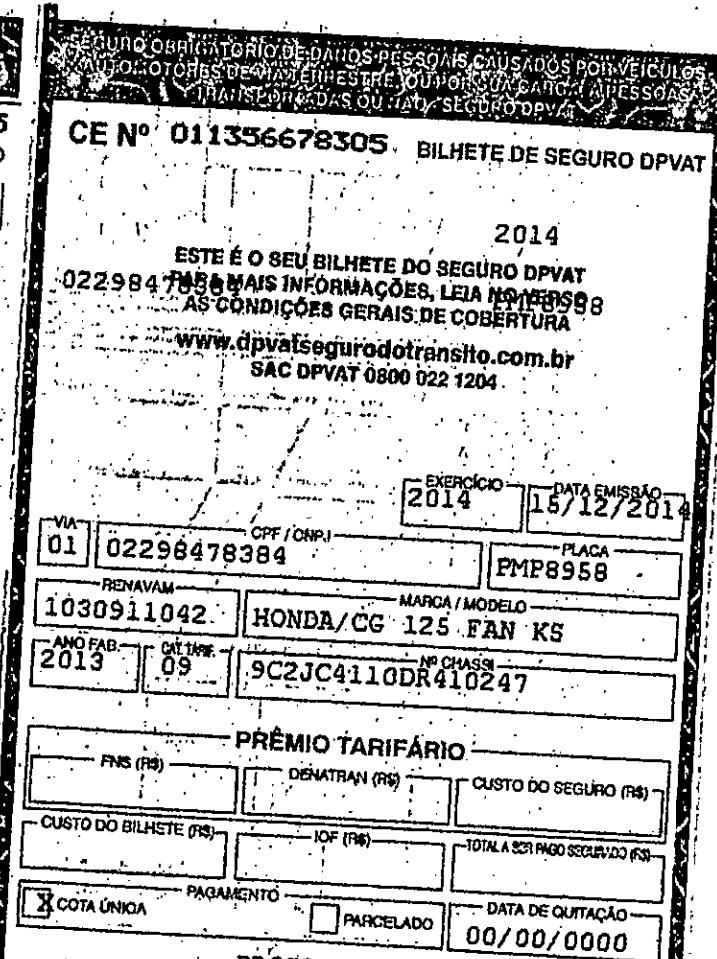
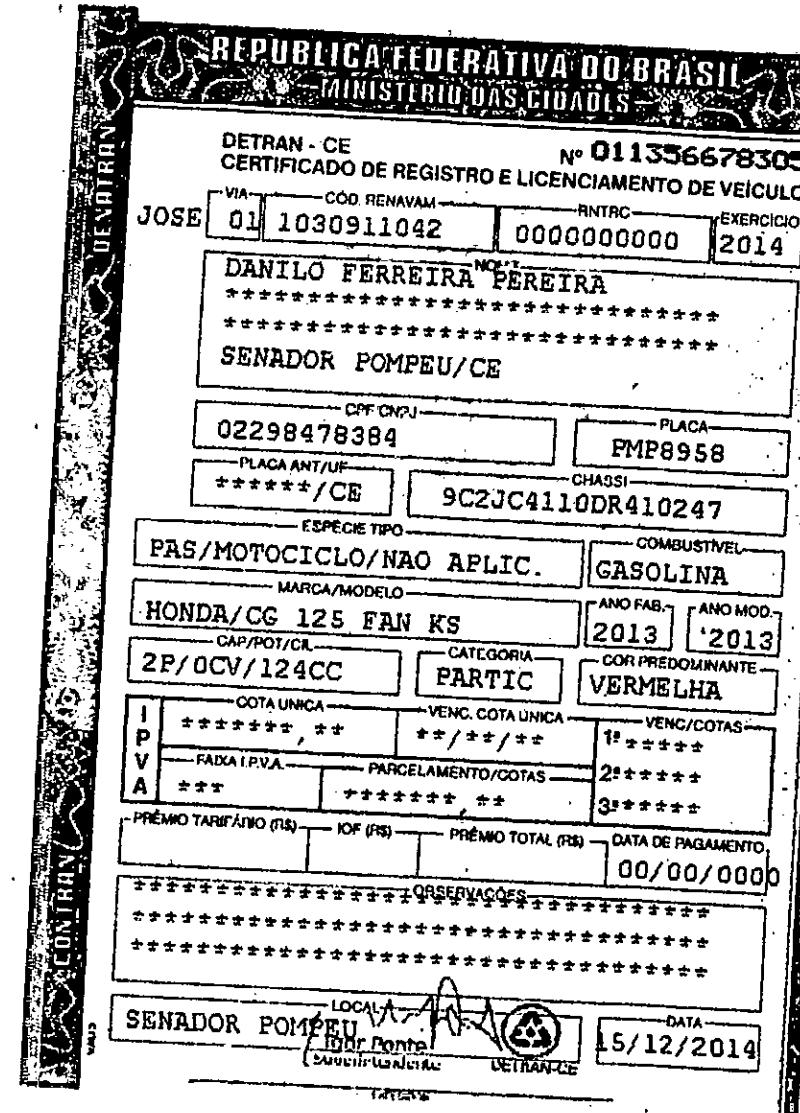
Destarte, além da declaração de testemunha, tem toda a documentação complementar exigida por este Consórcio.

Assim, solicito o devido cadastramento do meu sinistro junto a Seguradora Líder para que eu possa ter acesso a indexação em razão da invalidez comprovada na documentação apresentada nesse procedimento.

Atenciosamente,

Danilo Ferreira Pereira





PROPRIETÁRIO  
LOTE/DSEGURADORA LIDER DPVAT  
MOTOR: JC41E1041024303/001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

438-2014

**SECRETARIA DE  
ESTADO DA  
SAÚDE**