

FLS. 11
 SECRETARIA
 DA 2º VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA COM PODERES ESPECIAIS

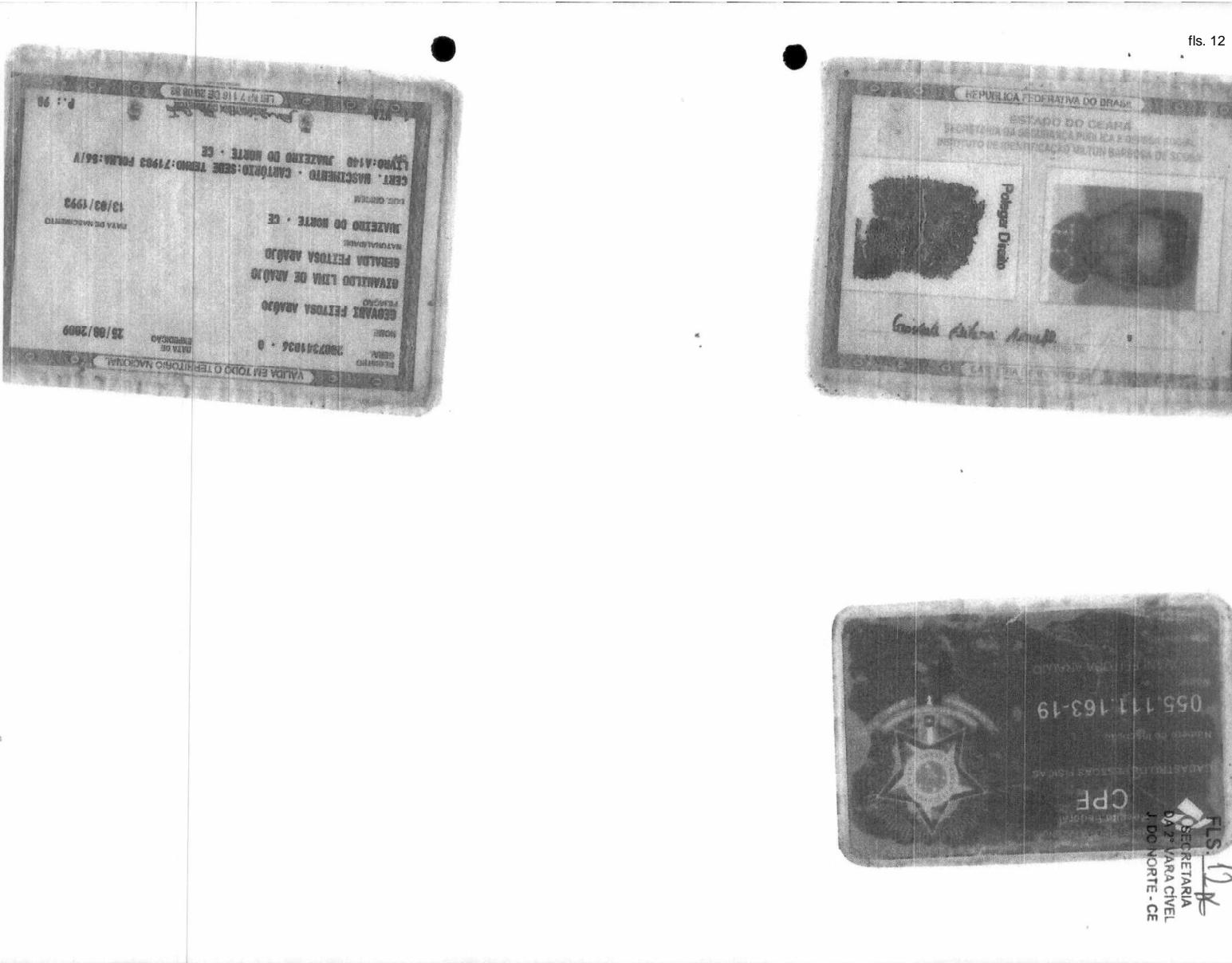
OUTORGANTE: Geovani Feitosa Araújo, ,br
 brasileiro, autônomo, RG nº 2007341036-0 / _____ e CPF
055.111.163-19, residente e domiciliado na
Rua Videlina Saraiva Landim. 188, na cidade de
Juazeiro do Norte /CE.

OUTORGADO: Francisco Gilson Sobreira de Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 33.599, e CPF nº 040.415.413-10, residente e domiciliado na rua Dr. Mauro Sampaio, nº55, lagoa seca, Juazeiro do Norte/CE

Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para mover ação de cobrança de indenização por seguro DPVAT.

Juazeiro do Norte/CE, 17 de Outubro de 2016

Geovani Feitosa Araújo





Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 13

FLS. B

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA DA 2º VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

SECRETARIA

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, GEOVANI FEITOSA ARAÚJO

PORTADOR(A) DO RG N° 2007341036-0 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 25/08/09 E
CPF 055111163-19 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AUTONÔMO
E RENDA MENSAL DE R\$ ~11~ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GEOVANI FEITOSA ARAÚJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. **FUTUROS REGULAMENTOS DE SINISTROS**
- 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 como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao Site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

02 MAR. 2016

PÁGINA:

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 informações 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

J. DO NORTE 24 de FEVEREIRO de 2016 X Geovane feitosa Araújo

LOCAL E DATA

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.

FLS. 44SECRETARIA
DA 2º VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEOVANI FEITOSA ARAUJORG nº 2007341036-0 data de expedição 25/08/09 Órgão SSP - CECPF nº 055.111.163-19 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que residir em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA VIOLELINA SARAIWA LANDIM</u>
Número	<u>Nº 188</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>TIMBAUBA</u>
Estado	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
CEP	<u>CEARA</u>
Telefone de contato	<u>(88) 8857-0463 / 9665-2156</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE, 24/02/2016Assinatura do Declarante: Giovane Feitosa Araujo

FUTUROSEGU REGULAÇÃO DE ENTRADAS
02 MAR. 2016
PÁGINA: _____

FLS. 15
 SECRETARIA
 DA 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEOVANI FEITOSA ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 2007341036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 055.111.163-19, residente e domiciliado na RUA VIDELINA SARAIWA LANDIM N° 188, Cidade J. DO NORTE, 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.

Giovani Feitosa Araujo

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 24/02/2016

Local e data

02 MAR. 2016

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS	
PÁGINA:	



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

fls. 16



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Giovani Feitosa AraujoDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 055.911.163-19

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Madelina S. bondimNº 108 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____CIDADE Fortaleza CE CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

FLS. 16
SECRETARIA
DA 2ª VARA CIVEL
J. DO NORTE - CE

Curitiba, 04 de Abril 2016.

Ilmo. (a) Senhor (a).
 Nome: Geovani Feitosa Araujo
 End: Rua Videlina Saraiva Landim, 188
 Cidade: Juazeiro do Norte - CE

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT - 3160/
Sinistro de Invalidez – Geovani Feitosa Araujo

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 04/04/2016, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**
2º Solicitação:

- **Extrato de movimentação ou copia do cartao bancario**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

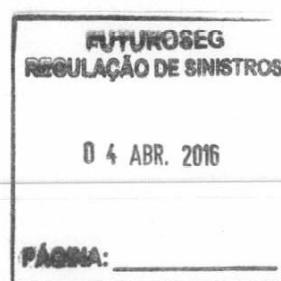
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTURO SEG
 Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br

FLS. 18
 SECRETARIA
 DA 2º VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

Curitiba, 02 de Março 2016.

Ilmo. (a) Senhor (a).
 Nome: Geovani Feitosa Araujo
 End: Rua Videlina Saraiva Landim, 188
 Cidade: Juazeiro do Norte - CE

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 3160/
Sinistro de Invalidez – Geovani Feitosa Araujo

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 02/03/2016, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**
- **Extrato de movimentação ou cópia do cartão bancário**
- **Boletim de ocorrência original ou cópia autenticada**
- **Procuração particular reconhecida por verdadeiro ou autenticidade**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consórcio -DPVAT, para finalização.

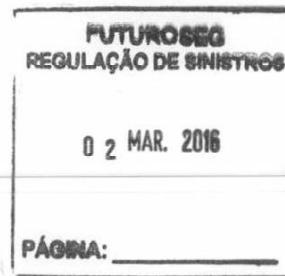
Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTURO SEG
 Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br

PROCURAÇÃO PARTICULAR

FLS. 19
 SECRETARIA
 DA 2º VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

OUTORGANTE:

Nome: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SOLTEIRO
 Profissão: AUTONOMO
 Identidade: 2007341036-0 CPF: 055.111.163-10
 Endereço: RUA VIEIRAS SARAIVA LANDIM N° 188

OUTORGADO:

Nome: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SOLTEIRO
 Profissão: ADMINISTRADOR
 Identidade: 99029123258 CPF: 718490 843-00
 Endereço: RUA FRANCISCO FILGUEIRA COUÉ N° 187

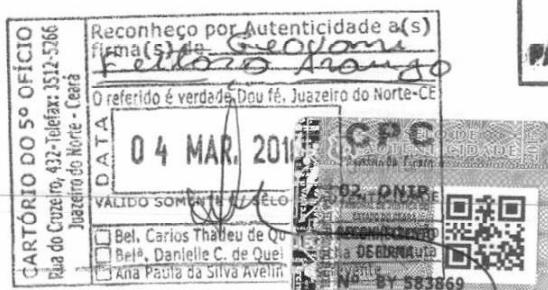
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 24/02/2016

5º OFÍCIO

Giovani Feitosa Araujo
 ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



FLS. 20
 SECRETARIA
 DA 2º VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - 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 Luiz Francisco Silvestre, portador(a) do RG nº 99029123258, expedido por SSP-CE, em 10/04/15, CPF/CNPJ nº 718 490 843-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geovani Feitosa Araújo do sinistro de DPVAT da natureza INVAZI da vítima Geovani Feitosa Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

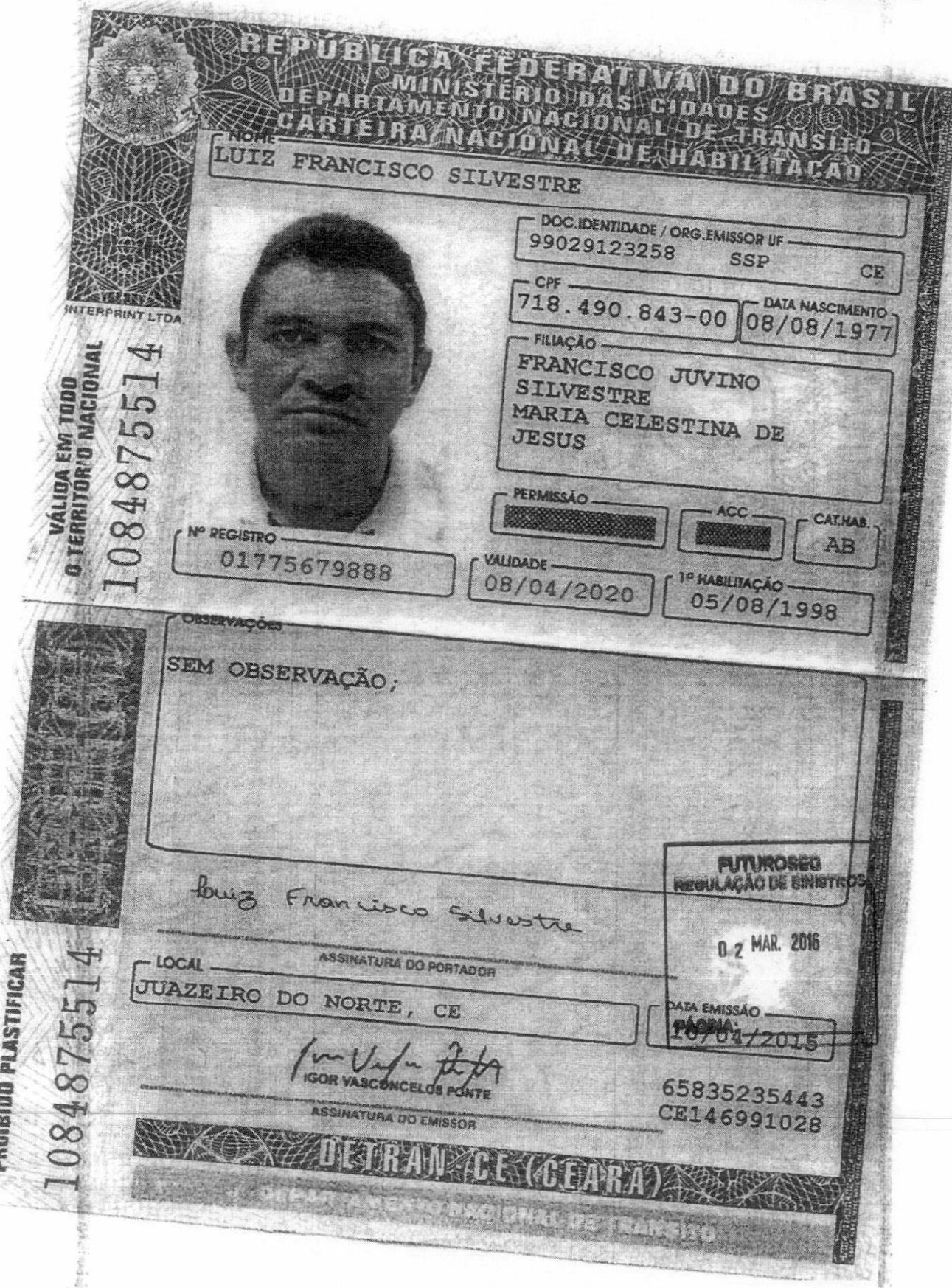
Profissão: ADMINISTRADOR Renda Mensal: R\$ 800,00

Documentos comprobatórios: _____

Luiz Francisco Silvestre
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

FLS. 21

SECRETARIA
DA 2º VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

FLS. 21

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL

J. DO NORTE - CE

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, GEOVANI FEITOSA ARAÚJOPORTADOR(A) DO RG N° 2007341036-0 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 25/08/09CPF 0551111163-119 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1111 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GEOVANI FEITOSA ARAÚJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 (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 colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

J. DO NORTE, 24 de FEVEREIRO de 2016

LOCAL E DATA

x Giovani Feitosa Araújo

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.

FLS. 23
 SECRETARIA
 DA 2º VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEOVANI FEITOSA ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 2007341036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 055.111.163-19, residente e domiciliado na RUA VIDEOLINA SARAIVA LANDIM N° 188, Cidade J. 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 viâ 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.

Giovani Feitosa Araujo

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 24/02/2016

Local e data

FLS. 24

SECRETARIA
DA 2º VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Nº DO CLIENTE
6901355-1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MIKE QUEIROZ OLIVEIRA, liberado nos autos em 19/06/2018 às 12:04. Para conferir o original, acesse o site <https://esol.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0046774-11.2017.8.06.0112 e código 3855DFD.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA / GRUPO B / SÉRIE B / LAD **418348519**

Nota 02 13000 09 630000 - 5 **Data de Emissão** 02/02/2016

Nome CONSUMIDOR ATUALIZE O CADASTRO
End. Postal RU VIDELINA SARAIVA LANDIM 00188
TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63028270

Medidor 23559954
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 0000000000048
Nome do Responsável

coelce

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta	Conjunto	Mês
Feb/2016	02/02/2016	03/03/2016	JUAZEIRO DO NORTE	Dez/2015	
ITEMS			DICR 0,28 P		EUSD 31,61
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Prat. Individual		Agrupação Individual
83,22	27,00%	22,46	DIC	5,87 10,15 20,30 0,00 0,00 0,00	
VARA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00	
D49B.7E6.73E6.51E6.D084.F549.3212.E53F			DMIC	2,86 0,00	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO					
Consumo Atual	Luz, Aquec.	Consumo (kWh)	Consumo	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
8733	8618	1.00	123	0,00	83,22
02/02/16	05/01/16			0,87666	
DESCRIPC.			123		83,22
VALOR CONSUMO DO MES					
MULTA MORATÓRIA REF 01/2016					
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES					
JUROS DO MES					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,90)					
83,22					
2,23					
0,54					
1,72					

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEOVANI FEITOSA ARAUJO **Prontuário:** 129337 **Admissão:** 21/02/2016
Data Nasc.: 13/03/1993 **Idade:** 22 ano(s) 11 mes(es) e 10 dia(s) **Telefone:**
Mãe: GERALDA FEITOSA ARAUJO
Sexo: Masculino **RG:** 20073410360 **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
CEP: **Bairro:** JOAO CABRAL
Endereço: RUA JOAO MARCELONO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO **Classificador:** WONESKA RODRIGUES PINHEIRO **Horário:** 19:22
Queixa: DOR EM MID DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada *

Sato02: Glasgow: **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** 6 **Pulso/FC:**

ATENDIMENTO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA **CRM:** 23092 **Nº:** 311315 **P.A.:**
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:**
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
LUXAÇÃO EXPOSTA DE INETRFLANGICA DE 5º DEDO DO PÉ DIREITO
CD: LMC + REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTANEA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/02/2016 19:22:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada *	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Médico: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA **CRM:** 23092 **21/02/16 20:49**

Prescrição	Horário:
ALTA APOS A MEDICAÇÃO	
DIPIRONA 1G EV	