

FLS. 118
 SECRETARIA
 DA 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA COM PODERES ESPECIAIS

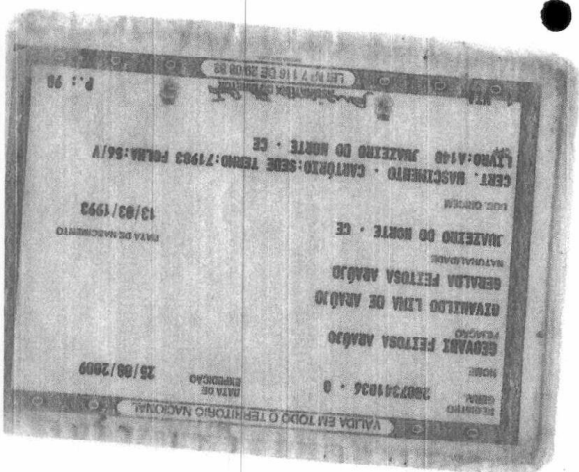
OUTORGANTE: Geovani Feitosa Araújo, brasileiro, autônomo, RG nº 2007341036-0 / 055.111.163-19, residente e domiciliado na Rua Videlina Saraiva Landim, 188, Juazeiro do Norte / CE. e CPF 055.111.163-19

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



FLS. 12
SECRETARIA
DAZ VARA CÍVEL
1 DO NORTE - CE



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

 FLS. 13
 SECRETARIA
 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

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, GEOVANI FEITOSA ARAÚJOPORTADOR(A) DO RG Nº 2007349036-0 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 25/08/09 ECPF 055111163-19 / CNPJ 000000000-0000-00, 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 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 (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.

 FUTUROSEG
 REGULAÇÃO DE SINISTROS

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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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

LOCAL E DATA

x Geovani Feitoso 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. 44
 SECRETARIA
 DA 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEOVANI FEITOSA ARAUJO

RG nº 2007341036-0 data de expedição 25/08/09 Órgão SSP - CE

CPF nº 055.111.163-19, venho perante a 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>RUA VIDELINA SARAIVA LANDIM</u>
Número	<u>Nº 188</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIMBAUBA</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(88) 8857-0463 / 9665-2156</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x Geovani Feitosa Araujo



FLS. 15x
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 SARAIVA LANDIM Nº 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.

Geovani Feitosa Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 24/02/2016

Local e data

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 MAR. 2016
FÓRÇA: _____



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DÁMS

fls. 16

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geovani Furtosa Araujo

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 055.111.163-19

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Vodelina S. Bondim

Nº 108 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE Foz do Norte UF 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, TAIS 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 DA 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 RECEITUÁRIO 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, TAIS 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.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 CÍVEL
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 cópia do cartão bancário**

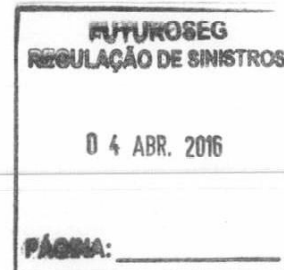
Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consorcio -DPVAT, para finalização.

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. 18x
SECRETARIA
DA 2ª 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 copia do cartao bancario
- 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 Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

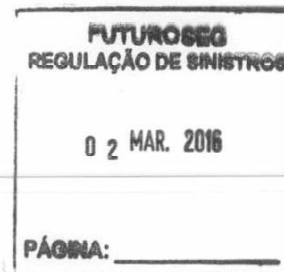
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

OUTORGANTE:

Nome: GEOVANI FEITOSA ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 2007341036-0 CPF: 055.111.163-19
Endereço: RUA VIDEUTNA SARAIVA LANDIM Nº 188

OUTORGADO:

Nome: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADMINISTRADOR
Identidade: 99029123258 CPF: 718490843-00
Endereço: RUA FRANCISCO FILGUEIRA CRUZ Nº 187

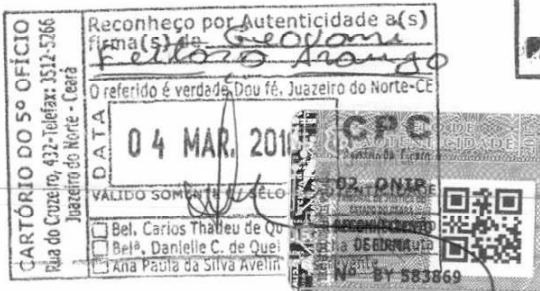
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

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

5º OFÍCIO

Geovani Feitosa Araujo
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



FLS. 20
SECRETARIA
DA 2ª 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 LUÍZ 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) GEUVANI FEITOSA ARAÚJO do sinistro de DPVAT da natureza INVÁLIDez da vítima GEUVANI 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. 21x
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99029123258 SSP CE

CPF
718.490.843-00

DATA NASCIMENTO
08/08/1977

FILIAÇÃO
FRANCISCO JUVINO
SILVESTRE
MARIA CELESTINA DE
JESUS

Nº REGISTRO
01775679888

VALIDADE
08/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
05/08/1998

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB
AB

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

02 MAR. 2016

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

ASSINATURA DO PORTADOR
LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PONTE

DATA EMISSÃO
10/04/2015

65835235443
CE146991028

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1084875514

PROIBIDO PLASTIFICAR
1084875514



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

FLS. 22

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 Nº 2007341036-0 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 25/08/09CPF 055111163-19 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMA

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 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 (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.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colados, 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

LOCAL E DATA

x Geovani Feitoso 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 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEORVANI 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 SARAIVA LANDIM Nº 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.

Geovani Feitosa Araujo

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 24/02/2016

Local e data

FLS. 24
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Nº DO CLIENTE
6901355-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO D-1) SÉRIE B-A (L-1)

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

Nome CONSUMIDOR ATUALIZE O CADASTRO **418348519**

End. Postal RU VIDELINA SARAIVA LANDIM 00188
TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63028270

Mecididor 23559954 **Poste** 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00

RG / CPF / CNPJ 000000000000048 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Índice de Qualidade do Fornecimento
Fev/2016	02/02/2016	03/03/2016	JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade do Fornecimento
Mês: Dez/2015 **EURO 31,61**
Conjunto: JUAZEIRO DO NORTE
Mês: Dez/2015 **Índice = 0,00 F**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	FIC	DMIC
83,22	27,00%	22,46	5,87	3,23	2,86

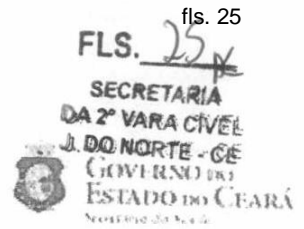
ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL
D49B.76F6.73E6.51BE.DC9A.F543.3212.E53F

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Cons. (kWh)	Cons. (R\$)	Cons. (R\$)	Cons. (R\$)	Cons. (R\$)	Cons. (R\$)
8733	8610	1,00	123	0,00	123	0,00	123

VALOR CONSUMO DO MES 83,22
MULTA MORATORIA REF 01/2016 2,23
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,54
JUROS DO MES 1,72
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,90)

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO
Queixa: DOR EM MID DEVIDO ACIDENTE DE TRANSITO
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: Dor moderada *
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 6 Pulso/FC: Horário: 19:22

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 INETRFALANGICA 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	