

Ferreira Frota & Fernandes
Assessoria e Consultoria Jurídica Tributária

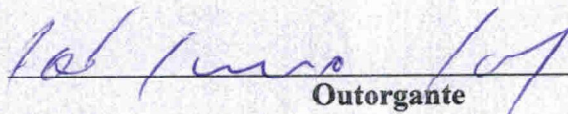
PROCURAÇÃO **AD JUDICIA – ET EXTRA**

OUTORGANTE: JOSE CARNEIRO GOMES, brasileiro, divorciado, eletricista, RG nº 01147042021 e do CPF nº 364.918.884-87, residente e domiciliado a Rua Maria dos Anjos, 280, Centro, Horizonte/CE, CEP: 622.880-000.

OUTORGADOS: FRANCISCO ALYSSON DA SILVA FROTA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 35.017, **ALEXANDRE FERREIRA LEITE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054, e **ROSBERG OLIVEIRA FERNANDES**, brasileiro, solteiro, estagiário, portador de RG 2005009181980 SSP/CE, CPF 030.421.043-97, com escritório profissional à Av. Bezerra de Menezes, nº 2071, Sala 803, São Gerardo, CEP: 60.325-004, Fortaleza/CE.

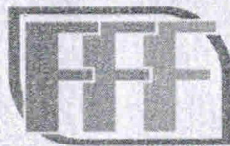
PODERES CONFERIDOS: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes com cláusula “Et Extra” para o foro em geral, perante a qualquer órgão público ou privado, para que se possa realizar todos os atos que forem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive: assinar todos os documentos necessários para requerer documentos, informações e processos, adquirir e retirar documentos perante qualquer entidade governamental de repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais também junto a particulares ou empresas privadas, assim como receber pagamentos em qualquer agências bancárias em nome de seu assistido, referentes ao objeto deste mandato. Poderes com a cláusula “Ad-Judicia”, para o foro em geral, perante a qualquer juízo ou tribunal, para que se possa realizar todos os atos que forem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato para propor ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais cabíveis para a plena defesa dos interesses do outorgante, e, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação e firmar compromisso ou acordo em qualquer procedimento agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 08 de janeiro de 2018.



Outorgante

Endereço:
Av. Bezerra de Menezes, nº 2071, Sala 803,
São Gerardo – Fortaleza – CE
CEP 60.325-004

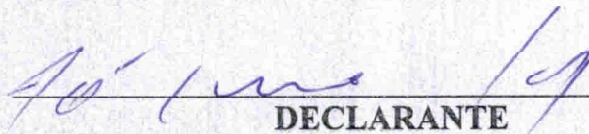


Ferreira Frota & Fernandes
Assessoria e Consultoria Jurídica Tributária

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE CARNEIRO GOMES**, brasileiro, divorciado, eletricitista, RG nº 01147042021 e do CPF nº 364.918.884-87, residente e domiciliado a Rua Maria dos Anjos, 280, Centro, Horizonte/CE, CEP: 622.880-000, **DECLARO** nos termos da Lei Federal 7.115, de 29 de Agosto de 1983, que dispõe sobre prova documental, para todos os fins de direito, inclusive para fazer prova junta a **JUSTIÇA GRATUITA**, que sou **POBRE** na forma da Lei 1.060, de 5 de Fevereiro de 1950, não tendo condições de arcar com as custas e demais despesas processuais sem o prejuízo do sustento próprio ou de minha família pelo que assumo total responsabilidade, sob as penas da lei, por esta declaração.

Fortaleza/CE, 08 de janeiro de 2018.



DECLARANTE

Endereço:
Av. Bezerra de Menezes, nº 2071, Sala 803,
São Gerardo – Fortaleza – CE
CEP 60.325-004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 INTERPLAN LTDA VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 738081722	
NOME JOSE CARNEIRO GOMES	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 848708 SSP PB
CPF 364.918.884-87	DATA NASCIMENTO 08/02/1963
RELACÃO CIRILLO GOMES DA SILVA MARIA CARNEIRO GOMES	
PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC ACC
Nº REGISTRO 01147042021	VALIDADE 15/04/2018
1ª HABILITAÇÃO 17/03/1986	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>João Carneiro Gomes</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 17/04/2013
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Francisco Alysson da Silva Frota</i>	96425845668 CE135217920
DETRAN-CE (CEARA) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE CARNEIRO GOMES

End. Leitura: RU MARIA DOS ANJOS, 280, CENTRO

Cidade: HORIZONTE

CEP: 62880-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 330 Setor: 003 Quadra: 0315 Lote: 0052 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	0005166084	1291	1299	8	0

DATAS

Leitura Atual: 03/11/2017 Emissão: 08/11/2017 Lacre Água: 3133149
Leitura Anterior: 07/10/2017 Próxima Leitura: 07/12/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	055	055	010	055	055
Analisadas	034	034	008	034	034
Em conformidade	034	034	006	032	034

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	23,10	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,12	AGO, 17 0 0
MULTA DE 2x	0,41	SET, 17 0 0
		OUT, 17 0 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,22	VALOR DO SERVIÇO	39,26
COFINS	1,13	VALOR DO SUBSÍDIO	15,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	23,66

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2017	04/12/2017	23,66

ONDE PAGAR SUA FATURA L: 353903057896522 L: 0353 H: 08:32:09 R: 042 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

0800 275 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto a Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195 nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.

Controladoria Geral do Estado
E seu. E Múlt. Participe.
155
OUVIDORIA DO ESTADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE Nº 011656682405
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PPT 01 **VIA** 00949683230 **COD. RENAVAM** 0000000000 **R.N.T.R.C.** 2014 **EXERCÍCIO**
NOME
 JOSE CARMEIRO GOMES

HORIZONTE

7CE

CPF / CNPJ
 36491888487

PLACA
 HYC03077CE

PLACA ANT. / UF
 /CE

CHASSI
 9C2ND07007K013808

ESPECIE / TIPO
 PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
 GASOLINA

MARCA / MODELO
 HONDA/NX-4 FALCON

ANO FAB.
 2007

ANO MOD.
 2007

CAP. / POT. / OIL
 2F/OCV/397CC

CATEGORIA
 PARTIC

COR PREDOMINANTE
 LARANJA

COTA ÚNICA
 I P V A

VEN. FOTO ÚNICA
 //**

VEN. FOTAS
 1 *****

PARCELAMENTO FOTAS
 2 *****

PARCELAMENTO FOTAS
 3 *****

PARCELAMENTO FOTAS
 3 *****

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

 OBSERVAÇÕES

LOCAL
 HORIZONTE

DATA
 16/07/2014

Igor Ponte

Superfrendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PEÇAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
CE Nº 011656682405 BILHETE DE SEGURO
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO 2014 **DATA EM** 16/07/2014

VIA 01 **CPF / CNPJ** 36491888487

PLACA HYC03077CE

RENAVAM 00949683230

MARCA / MODELO HONDA/NX-4 FALCON

ANO FAB. 2007

CIT. IRE 09

CHASSI 9C2ND07007K013808

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$)
 129,04

DENATRAN (R\$)
 14,34

CUSTO DO SEGURO
 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)
 4,13

IOF (R\$)
 1,11

PRÊMIO TOTAL (R\$)
 272,01

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO
☐ PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
 16/07/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
MOTOR: ND07E-7013808

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

120.74431.43-2

NÚMERO

5222286

SERIE

001-0

UF

CE

José Lino

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



CORONARIO

02		QUALIFICAÇÃO CIVIL	
BRASILEIRO			
NOME: JOSE CARNEIRO GOMES LOC. DE NASC.: JOAO PESSOA - PB FILIAÇÃO: CIRILLO GOMES DA SILVA DOC. APRESENTADO: RG 848708 SSP CE ESTADO CIVIL: CASADO LEI Nº 449, DE 11 DE MARÇO DE 1965. RG 848708 T. ELEITOR: 013664741236 LOCAL DA EMISSÃO: IDT-U.A. HORIZONTE EMISSÃO: 11/04/2003	08/02/1983 NASCIMENTO CNPJ: 364.918.884-87 ZONA 049 CNH: 01147042021 SEÇÃO: 0226	ASSINATURA DO EMISSOR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03			
RELATÓRIO DATA DE NASC. DE _____ PARA _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO _____			
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR			
NOME _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO _____			
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR			
NOME _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO _____			
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR			
LEGENDA			
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEPARAÇÃO D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA			

08 CONTRATO DE TRABALHO

15.730.533/0001-04

EMPREGADOR: SATUBA EMPREENDIMENTOS

RUA: MARCOS MACEDO

Nº 1333 Sala 1814

ALDEOTA - CEP: 60.150-190

MUNICÍPIO: FORTALEZA - UF: CE

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO: Eletricista

CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Outubro DE 2014

REGISTRO Nº: 5300237

REMNUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 1.153,22 Hum mil, cento e cin

quenta três reais e vinte dois centavos P/mês

DATA DE SAÍDA: 19 DE Abril DE 2015

EMPREGADOR: SATUBA EMPREENDIMENTOS

RUA: MARCOS MACEDO

Nº 1333 Sala 1814

ALDEOTA - CEP: 60.150-190

MUNICÍPIO: FORTALEZA - UF: CE

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO: Eletricista

CBO Nº:

09 CONTRATO DE TRABALHO

CONSTRUTORA CONCRETO LTDA

CNPJ/CEI: 10.394.351/0001-88

ENDEREÇO: Aven DOM ILLIUS

Nº 1200 SALA 1214

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

ESP. ESTAB.: Construção de edifícios

NOME: JOSE CARNEIRO GOMES

ADMISSÃO: 03/10/2016

REGISTRO: 0000003287

CARGO: ELETRICISTA N1

CBO: 715615

SALÁRIO: R\$ 1.161,00

P/ Mensal

*** Um Mil Cento e Sessenta e Um Reais

Joana Maciel
Analista de RH
Construtora Concreto Ltda

DATA DE SAÍDA: 09 DE Dezembro DE 2017

EMPREGADOR: CONSTRUTORA CONCRETO LTDA

RUA: DOM ILLIUS

Nº 1200 SALA 1214

FORTALEZA - UF: CE

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO: Eletricista

CBO Nº:

Width1W
dth3Wdt
h993Widt
h3Wdt
643



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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 461-02354/2015 CIOPS -

DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 22/06/2015 14:40

DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 09/04/2015 15:57

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R BR 116 KM 41

PLANALTO HORIZONTE/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: *Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava conduzindo a motocicleta HONDA/NX-4, DE COR LARANJA, DE PLACA HYC0307, ANO 2007, RENAVAM 00949683230, CHASSI 9C2ND07007R013808, de propriedade do declarante, quando em dado momento perdeu o equilíbrio da motocicleta após colidir no meio fio; Disse que sofreu um acidente e foi socorrido por populares que o conduzido até a UPA de Horizonte; Afirma que sofreu um trauma no joelho direito; Que tem como testemunha NELIS NELSON PEREIRA CAMURÇA E NADA MAIS DISSE.*

➤ **DADOS DA VÍTIMA**

NOME: JOSE CARNEIRO GOMES

RG: 848708 ORGÃO EMISSOR: SSP UF: PB

DATA DE NASCIMENTO: 02/06/1981

FILIAÇÃO: CIRILLO GOMES DA SILVA

MARIA CARNEIRO GOMES

ENDEREÇO: R MARIA DOS ANJOS 280

CENTRO

HORIZONTE/CE

TELEFONE: 99565625

➤ **DADOS DO NOTICIANTE**

NOME: VÍTIMA

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nesta delegacia pública. O referido é verdade e o presente é assinado em test.

22
CARTÓRIO PROBATION
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE
Kátia Lira da Silva
Escritor(a) Autorizado(a)

☐ Bela, Aparecida Ilka Freitas
☐ Subs. Aparecida Ilze Freitas

192 58593
AUTENTICAÇÃO
MIO
30
RUA N.º 135 - Centro
Rua N.º 135 - Centro
Horizonte - Ce - Fone: 3336 2728

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 135609--1-1

RESPONSÁVEL DE LA INFORMACIÓN: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Nelson Perinocamus Ca



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE CARNEIRO GOMES, portador(a) do RG Nº 01147042021 expedido por DETRAN CE em 17/04/2013 e CPF 364.918.884-87, residente e domiciliado na MARIA DOS ANJOS, complemento , bairro CENTRO, cidade FORTALEZA, UF CEARA, CEP 62.880-000, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei Nr 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 causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 parágrafo primeiro do art. terceiro da Lei número 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.

Fortaleza - CE, 22 de Junho de 2015.


JOSE CARNEIRO GOMES



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, JOSE CARNEIRO GOMES, PORTADOR(A) DO RG Nº 01147042021 EXPEDIDO POR DETRAN CE EM 17/04/2013 E CPF / CNPJ 364.918.884-87, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARNEIRO GOMES, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLAR, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LULA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de depósito bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL do Brasil: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colada, 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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do apresentador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta em nome e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus ao requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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.

Fortaleza - CE, 22 de Junho de 2015.


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 0800-022120.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FRANCISCO ALYSSON DA SILVA FROTA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 16/02/2019 às 19:38, sob o número 01112477720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111247-77.2019.8.06.0001 e código 444E9BC.



DR. Raimundo Nonato Torres de Melo

CRM 2867

ATESTADO MÉDICO

Atesto que os devidos exames, Exames
Líquidos, vítima de acidente de trânsito (sic)
no dia 04.04.2015 em nome de [illegible] (sic)
trata-se de lesão, 50% de incapacidade para
trabalho com limitação funcional para a
posse, marcha, flexão, extensão, rotação
do joelho. Atestado emitido em 07.08.2015

[Handwritten signature]

Dr. Raimundo N. Torres de Melo
MÉDICO
CRM 2867

Paciente: [Handwritten name]

OBS: Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

HORIZONTE, 05 DE JANEIRO DE 2015.

DECLARAÇÃO REFERENTE À CINCO

PREFADO ANALISTA.

EU, JOSÉ CARNEIRO GOMES, CPF: 364.918.884-87, VENTO POR MEIO DESTA INFORMAR QUE ALÉM DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUE JÁ ENCONTRA-SE ANEXO AO MEU PROCESSO, NÃO POSSUO DOCUMENTOS ADICIONAIS, QUE GOFEM DE FÉ PÚBLICA (ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO DELO CORPO DE BOMBEIROS; ATENDIMENTO PELA POLÍCIA MILITAR; ATENDIMENTO PELA POLÍCIA CIVIL; ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO PELA POLÍCIA RODoviária FEDERAL; ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO PELOS "ANTOS DO ASFALTO"; REMOÇÃO PELO SAMU;

REMOCÃO PELA DEFESA CIVIL; INQUÉRITO POLICIAL; AVISO DE SINISTRO EM SEGURADORA DO RAMO AUTO QUE POSSAM COMPROVAR E/OU DEMOSTRAR A EXISTÊNCIA DO ACIDENTE

AFFIRMA O DECLARANTE QUE UM DADO MOMENTO PENDEU UM EQUILÍBRIO DA MOTOCICLETA APÓS COLIDIR NO MEIO FIO FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O CONDUZIRAM ATÉ A UPA DE HORIZONTE

MOTIVO ESTE NÃO POSSUO NENHUM DOS DOCUMENTOS ACIMA DESCRITOS. PONTO-ME A DISPOSIÇÃO PARA EVENTUAIS ESCANECIMENTOS É QUE OS SENHORES COMPREENDAM O MOTIVO DELO QUAL NÃO TENHO ESTES DOCUMENTOS

E QUE ANALISEM O MEU PROCESSO.

POR ESSE MOTIVO VENTO ATRAVÉS DESTA COMUNICAR, E REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO

DPVAT (Lei nº 6.194/74). COM O OBJETIVO DE PERMITIR
O ANDAMENTO DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
DO SEGURO DPVAT, PARA A COBERTURA DE INVALIDES
PERMANENTE CAUSADA DIRETAMENTE POR VEICULO AL-
TOMOTON DE VIA TERRESTRE, SOLICITO QUE ESTA DECL-
ARAÇÃO PERMITA O PROSSEGUIMENTO A ANÁLISE DA
MINHA DOCUMENTAÇÃO ENVIADA, CONCORDANDO DESTA
DESDE JÁ. EM ME SUBMETEU À PERÍCIA MÉDICA ÀS
CUSTAS DA SEGURADORA LIDEN DPVAT PARA A CO-
RRETA AVALIAÇÃO DA EXISTÊNCIA E AFERIÇÃO
DO GRÁU OU LESÕES PARA OS FINS DO ART. 3º DA
LEI Nº 6.194/74

ATENCIOSAMENTE.

Reconhecimento de firma
No 87 619883
DE FIRMA
RECONHECIMENTO
02-MSHC
02-010/20001513
CNPJ/UF: 02.010/20001513
Fone/Fax: 081/3535 2729

Reconheço por AUTENTICAÇÃO
a(s) firma(s) de [X] JOSE CARNEIRO GOMES
e dou fé. Horizonte, 6 de janeiro de 2019.

Em testemunho da verdade
Gerliano Martins Noroieira
GERLIANO MARTINS NOROIEIRA
INVALIDO SOMENTE COM SELDO DE AUTENTICAÇÃO


JOSE CARNEIRO GOMES

Fortaleza/CE, 10 de Agosto de 2015

ATO DECLARATÓRIO

À SEGURADORA LÍDER,

Prezado analista,

Eu, JOSE CARNEIRO GOMES, CPF: 364.918.884-87 venho por meio deste informar que a cidade de HORIZONTE/CE onde sofri meu acidente de trânsito NÃO POSSUI (atendimento e/ou remoção pelo corpo de bombeiros; atendimento pela polícia militar; atendimento pela polícia civil; atendimento e/ou remoção pela polícia rodoviária federal; atendimento e/ou remoção pelos “anjos do asfalto”; remoção pelo samu; remoção pela defesa civil; inquérito policial; aviso de sinistro em seguradora do ramo auto) e que além do Boletim de Ocorrência que já encontra-se anexo ao meu processo, não possuo documentos adicionais, que gozem de fé pública, que possam comprovar e/ou demonstrar a existência do acidente. **Portanto a seguradora líder dos consórcios DPVAT não tem como exigir algo em meu processo que em minha cidade não existe, consequentemente não posso apresentar.**

Por esse motivo venho através desta, comunicar, solicitar e requerer indenização do Seguro DPVAT (Lei ° 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

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, ou lesões para os fins do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Após sofrer o acidente de trânsito fui socorrido por populares e levado ao hospital em veículo particular, motivo este não possuir nenhum dos documentos acima descritos.

Ponho-me a disposição para eventuais esclarecimentos e espero que os senhores compreendam o motivo pelo qual não tenho estes documentos e que analisem o meu processo.

Atenciosamente,

JOSE CARNEIRO GOMES

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Informo à Seguradora Líder que me encontro impossibilitado de apresentar a "Comprovação de Ato declaratório", para fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT, uma vez que:

☒ Fui socorrido por populares

☐ A localidade onde ocorreu o acidente não dispõem de atendimento medico socorrista

☐ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, nega-se a entregar a certidão do atendimento.

☐ O hospital no qual fui atendido, não disponibiliza o prontuário do meu atendimento

☐ O hospital no qual fui atendido não especificou o motivo do meu acidente, apenas relatou as lesões

☐ Outro

Declaro ainda que, encontro-me a disposição para auditorias administrativas com finalidade de constatar a veracidade do meu acidente bem como prestar declarações que possam auxiliar a Seguradora Líder na regulação de meu sinistro.

Por oportuno finalizo, citando o Art. 5º da Lei 6.194, de 19 de Dezembro de 1974:

Lei 6.194

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

DECLARANTE	<i>Francisco Alysson da Silva Frota</i>
CPF	<i>364.919.884-87</i>
LOCAL E DATA	<i>Horizonte, 30/04/2015</i>

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

Eu, Jose Comeiro Gomes, cédula de identidade nº. _____ e CPF nº 264.918.884-87, residente e domiciliado na _____ Bairro: _____, Cidade: Horizonte - CE, beneficiário do seguro DPVAT referente ao acidente de trânsito por mim sofrido no dia ____/____/____, venho perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, em resposta às exigências de apresentação de prova adicionais da ocorrência do acidente, enumeradas no Guia de Regulação de Sinistros, afirmar que fui socorrido por populares e NÃO possuo nenhum desses documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, como a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e, para tanto, me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder para a averiguação da verdade do que ora afirmo.

Código Civil Brasileiro

Art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante:

(...)

III - testemunha;

Atenciosamente,

Horizonte - CE, 30 de setembro de 2015.

+ Jose Comeiro Gomes
Declarante:

+ Nelson Pereira da Silva

Test. 1:

CPE: 408.304.383-00

+ Jackson Sousa Ribeiro

Test. 2:

CPE: 069.823.133-00

DECLARAÇÃO REFERENTE À CIRC 040

À SEGURADORA LÍDER,

Prezado analista,

Eu, JOSE CARNEIRO GOMES, CPF: 364.918.884-87, venho através desta comunicar, solicitar e requerer indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74). Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada. 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, ou lesões para os fins do art. 3º da lei nº 6.194/74.

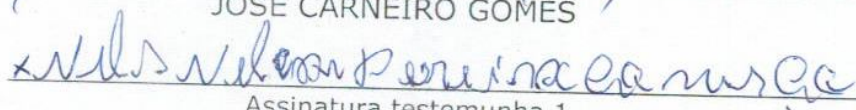
Informo que, a cidade de HORIZONTE/CE onde sofri meu acidente de trânsito NÃO POSSUI (atendimento e/ou remoção pelo corpo de bombeiros; atendimento pela polícia militar; atendimento pela polícia civil; atendimento e/ou remoção pela polícia rodoviária federal; atendimento e/ou remoção pelos "anjos do asfalto", remoção pelo samu; remoção pela defesa civil; inquérito policial; aviso de sinistro em seguradora do ramo auto) e que além do Boletim de Ocorrência que já encontra-se anexo ao meu processo, não possuo documentos adicionais, que gozem de fé pública, que possam comprovar e/ou demonstrar a existência do acidente. Portanto a seguradora líder dos consórcios DPVAT não tem como exigir algo em meu processo que em minha cidade não existe, conseqüentemente não posso apresentar.

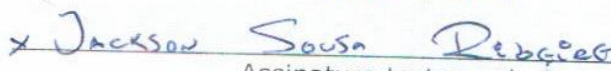
Após sofrer o acidente de trânsito fui socorrido por populares e levado ao hospital em veículo particular, motivo este não possuir nenhum dos documentos acima descritos.

Por esse motivo, ponho-me a disposição para eventuais esclarecimentos e espero que os senhores compreendam o motivo pelo qual não tenho estes documentos e que analisem o meu processo.

Atenciosamente,


JOSE CARNEIRO GOMES


Assinatura testemunha 1
CPF: 408.304.383-00
RG: 03376419119

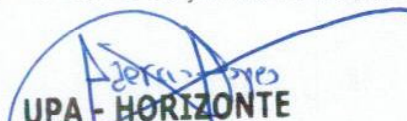

Assinatura testemunha 2
CPF: 2008597258-9
RG: 068.823.133-00



DECLARAÇÃO

Declaramos a pedido da parte interessada que o Sr. **JOSÉ CARNEIRO GOMES**, brasileiro, eletricitista, residente e domiciliado a Rua João Bento, 28 – Planalto Horizonte, nesta cidade, portador de registro geral nº 848.708 emitido por SSP/PB, esteve nesta Unidade Hospitalar – UPA Horizonte para atendimento ambulatorial de urgência dia 09/04/2015, vítima de acidente de moto. Realizado limpeza e curativo no MID (trauma no joelho direito).

Horizonte – CE., 02 de junho de 2015.


UPA - HORIZONTE
Laercio Nogueira Lopes
Coordenador

CONSULTA: UPA

PACIENTE: José Eaneiro Gomes

DATA: 09/04/15

HORARIO: 15:55

IDADE: 852

SEXO: M

ESTADO CIVIL: 08/02/63

NOME DA MÃE: M's Eaneiro Gomes

ENDEREÇO: Cirílo Gomes da Silva

CIDADE / UF: R. João Bento, 38 - Pl. Horizonte

CEP: 62130-000

RESPONSÁVEL: X - José Eaneiro Gomes

MOTIVO ATEND: Tobs

TIPO DE DOCUMENTO: Tobs

TIPO ATEND: Tobs

ESPECIALIDADE: Tobs

FUNCIONÁRIO: Cidade

EMERGÊNCIA: ☐ CLÍNICA ☐ CIRURGIA ☐ PEDIATRIA ☐ TRAUMATOLOGICA

SINAIS: P/A 37,2

TEMP 36,5

F.R. 130x80

F.C. 80

DIAGNOSTICO: Am - febre

CONFERE COM O ORIGINAL

98/05/15

FUNCIONÁRIO / HMVRS

fls. 35

Volkswagen T-ling DV

AUGUSTO

RECIBI DE LA OFICINA
Téc. de Diagnóstico
CORENCE: 762.116

08/09/2010 AUGUSTO
CORREIO.COM.BR 9242

CONFERE COMO ORIGINAL

98 / 05 / 15

[Handwritten signature]

FUNÇÃOÁRIO / HMVRS

ASPIRANTATO CARIMBO DO INÍCIO

March 10 August 50
CRM 9242

1. ALTA

☐ DECISÃO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA

☐ TRANSFERÊNCIA PARA

☐ AMBULATÓRIO

DATA E HORA DA ALTA

HOFU

(AIG 24 HORAS) DATA E HORA DA SAÍDA: _____ HORA _____

HORA

DATA E HORA DA ALTA

Marcelo Augusto
Médico CRM 9242-HOR
ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Orbito

ANTES DO 1º ATENDIMENTO () NÃO () SIM DATA _____/_____/____ HORAS _____

DESTINO:	1	2	3
	1 - FAMÍLIA	2 - INSTITUTO MÉDICO LEGAL	3 - ANATOMIA PATOLÓGICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
 HOSPITAL E LABORATÓRIO VERÍSSIMO RAMALHO DE SOUSA
 Rua Lúcia, nº 45 - CEP: 52.165-000 - Zona I - Horizonte - Ce
 Fone: (07-80) 3136.0000 / Fax: (07-80) 3136.5033
 hospital@horizonte.ce.gov.br



HOSPITAL E LABORATÓRIO VERÍSSIMO RAMALHO DE SOUSA
 Unidade

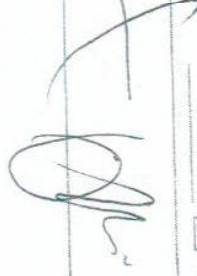
Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: João Carlos Gomes IDADE: _____

SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEQUENTES EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S)

☐ Crânio ☐ Waters ☐ Tórax ☒ Abdome ☐ Coluna cervical ☐ Coluna torácica ☐ Coluna lombar	☐ Sacrococcigea ☐ Ombro ☐ Braço ☐ Antebraço ☐ Cotovelo ☐ Punho ☐ Mão ☐ Bacia ☐ Quadril ☐ Coxa ☒ Joelho ☐ Perna ☐ Tornozelo ☐ Calcâneo
--	---

DATA: 09/04/17



Marcelo Augusto
 Médico - CRM 8242

ASSINATURA



AUTO-ATENDIMENTO - AG. HORIZONTE
DATA: 05/06/2015 HORA: 09:26:10
TERMINAL: 35351002 CONTROLE: 353510020225

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2002.013.00601594-6
NOME: JOSE CARNEIRO GOMES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4715915498
NÚMERO DE CONTROLE: 156048240

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **JOSÉ CARNEIRO GOMES**, brasileiro, eletricista, residente e domiciliado a Rua João Bento, 28 – Planalto Horizonte, nesta cidade, portador de registro geral nº 848.708 emitido por SSP/PB, esteve nesta Unidade Hospitalar – UPA Horizonte para atendimento ambulatorial de urgência vítima de acidente de moto dia 06 de março de 2015, realizado limpeza e curativo no membro inferior direito.

Horizonte – CE., 02 de junho de 2014.


UPA HORIZONTE
Laércio Nogueira Lopes
Coordenador

Horizonte, 27 de Outubro de 2015.

DECLARAÇÃO REFERENTE À CIRC 040

Prezado analista,

Eu, JOSE CARNEIRO GOMES, CPF: 364.918.884-87, venho por meio deste informar que além do Boletim de Ocorrência que já encontra-se anexo ao meu processo, não possuo documentos adicionais, que gozem de fé pública (ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS; ATENDIMENTO PELA POLÍCIA MILITAR; ATENDIMENTO PELA POLÍCIA CIVIL; ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO PELA POLÍCIA RODROVIÁRIA FEDERAL; ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO PELOS "ANJOS DO ASFALTO"; REMOÇÃO PELO SAMU; REMOÇÃO PELA DEFESA CIVIL; INQUÉRITO POLICIAL; AVISO DE SINISTRO EM SEGURADORA DO RAMO AUTO) que possam comprovar e/ou demonstrar a existência do acidente.

Quando um dado momento perdeu o equilíbrio da motocicleta após colidir no meio fio, fiquei com trauma no joelho direito, após sofrer o acidente fui a UPA DE HORIZONTE em veículo particular, motivo este não possuir nenhum dos documentos acima descritos. Ponho-me a disposição para eventuais esclarecimentos e espero que os senhores compreendam o motivo pelo qual não tenho estes documentos e que analisem o meu processo.

Por esse motivo venho através desta, comunicar, solicitar e requerer indenização do Seguro DPVAT (Lei ° 6.194/74). Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada. 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, ou lesões para os fins do art. 3° da lei n° 6.194/74.

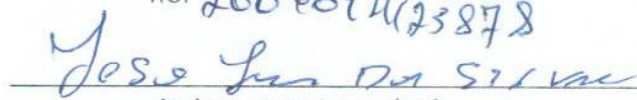
Atenciosamente,


JOSE CARNEIRO GOMES


Assinatura testemunha 1

CPF: 908.992.963-00

RG: 2006014123878


Assinatura testemunha 2

CPF: 58526602320

RG: 2007067710-1



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150635780 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARNEIRO GOMES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** JOSE CARNEIRO GOMES**CPF/CNPJ:** 36491888487**Posição em 08-01-2018 16:48:15**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2016	Negativa por ausência de comprovação documental	
27/01/2016	Exigência Documental	
29/12/2015	Exigência Documental	
24/11/2015	Exigência Documental	
20/10/2015	Exigência Documental	
15/09/2015	Exigência Documental	
04/08/2015	Exigência Documental	

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)