

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES**

Nº Sinistro: **3180081332**

Vitima: **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES**

Data do Acidente: **07/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180081332**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12432507



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima
062.716.993-75

Nome completo da vítima
MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES	CPF titular da conta 062.716.993-75	Profissão ESTUDANTE
Endereço TRAVESSA CEDRO	Número 63	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade CRATO	Estado CE
Email RASEGURO@HOTMAIL.COM	CEP 63100-515	Telefone (DDD) (88) 996607952

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

OP: 013

AGÊNCIA NÚM. **0084** D/V ☐ CONTA NÚM. **00064775** D/V **8**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NÚM.
AGÊNCIA NÚM. D/V ☐ CONTA NÚM. D/V ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CRATO, CE 19 de **JANEIRO** de 2018
Local e Data

Marcos Paulo de Oliveira Nunes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. CRATO

DATA: 24/01/2018

HORA: 15:17:18

TERMINAL: 06841015

CONTROLE: 068410150483

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 0684.013.00064775-8

NOME: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

VALOR TOTAL DOS CHEQUES:

NÚMERO DO ENVELOPE: 7867909347

NÚMERO DE CONTROLE: 024263887

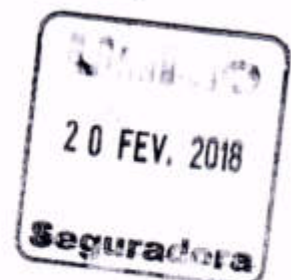
Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 9124 / 2017****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: 27/11/2017 08:55:51

Data / Hora da Ocorrência: 07/10/2017 05:30:00

Endereço da Ocorrência: RUA SENADOR POMPEU

Complemento:

Bairro: CENTRO

Município: CRATO/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

Nascimento: 09/12/1994 CPF: 062.716.993-75

RG: 2005034032918

Orgão Emissor:

Filiação: FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES

CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA NUNES

Endereço: TRAVESSA CEDRO, 63

Bairro: CENTRO

Município: CRATO/CE

País: BRASIL

CEP:

Telefone: (88) 99337-2277

UF:

20 FEV. 2018

Segura

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NRB9687 Uf: CE Município: CRATO Chassi:

9C6KE106080002948 Renavam: 173312551 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/XTZ 125XE Ano Fabricação:

2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA

Proprietário: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O ANIMAL, VINDO A CAIR AO SOLO, DESMAIANDO NO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

VISTO DO DELEGADO(A):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 9124 / 2017

DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 9124 / 2017****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: 27/11/2017 08:55:51

Data / Hora da Ocorrência: 07/10/2017 05:30:00

Endereço da Ocorrência: RUA SENADOR POMPEU

Complemento:

Bairro: CENTRO

Município: CRATO/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

Nascimento: 09/12/1994 CPF: 062.716.993-75

RG: 2005034032918

Orgão Emissor:

Filiação: FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES

CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA NUNES

Endereço: TRAVESSA CEDRO, 63

Bairro: CENTRO

Município: CRATO/CE

País: BRASIL

CEP:

Telefone: (88) 99337-2277

UF:

20 FEV. 2018

Segura

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NRB9687 Uf: CE Município: CRATO Chassi:

9C6KE106080002948 Renavam: 173312551 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/XTZ 125XE Ano Fabricação:

2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA

Proprietário: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O ANIMAL, VINDO A CAIR AO SOLO, DESMAIANDO NO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

VISTO DO DELEGADO(A):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 9124 / 2017

DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

CPF da Vítima

062.716.993-75

Data do Acidente

07/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 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 §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CRATO, CE 19 de JANEIRO de 2018

Local e Data



Marcos Paulo de Oliveira Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO



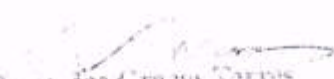
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento à ao Sr. **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES**, portador do RG 2005034032918 inscrito no CPF 062.716.993-75, no dia 07/10/2017, às 23h30, no município de Crato/CE, na Rua Pompeu, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o Hospital São Francisco Maternidade de Crato. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS FORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 09 de Novembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



Nº DO CLIENTE
7981243-0

Para ativar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
509049148

Rota 09 11000 03 529200 - 0

Data de Emissão 15/01/2018

Nome CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA NUNES

End. Postal TR CEDRO 00063

CENTRO - CRATO - 63100515

Medidor 5249743

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 204910777-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	15/01/2018	14/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Nov/2017	Euro 26,30
DIC	0,00	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
78,34	7,00%	21,15

Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00
DMIC	3,00	6,00	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

540E.575A.A916.FF96.3EB4.76B0.67D4.605D

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
47605	47777	1,00	108	0,00	108	0,72544	78,34
15/01/18	15/12/17		31 DIAS		108		78,34

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 12/2017	78,34
JUROS DO MES	1,53
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	0,33
	4,82

VENCIMENTO
22/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
85,02
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,22
Transmissão	1,76
Distribuição	1,76
Encargos Setoriais	6,17
Tributos (ICMS/PIS/COFINS)...	25,51
TOTAL	78,34

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

116	108	101	117	119	107	109	106	100	128	103	107	115
116	108	101	117	119	107	109	106	100	128	103	107	115

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
46,65	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR.

Cane os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

 Consta nesta fatura R\$ 4,35 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,57%
 Art. 7, § 8º, Lei 10.833/02 e Lei 10.837/02 e 10.833/02

Nº do Cliente: 7981243-0

Referência: Jan/2018

Data de Emissão: 15/01/2018

Total a Pagar (R\$): 85,02

Nº da Nota Fiscal: 509049148

Nº de Controle: 0007981243 00014 39152 94

8386000000-0 85020031000-0 00079812430-0 00143915207-9



6897432-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 503027973

Rota 19 11000 03 811550 - 5 Data de Emissão 28/11/2017

Nome ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR

End. Postal RU BARBARA DE ALENCAR 00995 SL 102
CENTRO - CRATO - 63100345

Medidor 732188

Posta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 600233963-93

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	28/11/2017	28/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 100%
Mês 84/2017 BUBO 10.73

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
41,36	27,00%	11,16

Padrão Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,47	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CP00.FP19.ACC0.9200.8079.454E.540C.0428

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Inst.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3477	3422	1,00	55	0,00	55	0,75216	41,36
28/11/17	28/10/17		31 Dias		55		41,36

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,83)

VALOR (R\$)
41,36
2,31

VENCIMENTO

05/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,20
Iluminação	4,16
Distribuição	3,25
Encargos Setoriais	3,25
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	12,60
TOTAL	41,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

59	55	76	61	43	46	50	69	84	62	43	40	82
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

23,77

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consistência Ecológica (%CO₂)

0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA MOSTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEMPRE NO CÍRCULO VERIFICADOR.

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta nesta fatura R\$ 1,47 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,64% e COFINS 0,90%
(Anexo 9 Rec. 100 2009 - ANEEL e Anexo 10.637/02 e 10.633/03)

Nº do Cliente: 6897432-9

Referência: Nov/2017

Data de Emissão: 28/11/2017

Total a Pagar (R\$): 44,17

Nº da Nota Fiscal: 503027973

Nº de Controle: 0006897432 00029 39322 24

8389000000-5 44170031000-5 00068974320-3 00293932253-2



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROOSEWELT ALLANTARA ALENCAR inscrito (a) no CPF sob o Nº 600.233.963 / 93 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.716.993 / 75 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.716.993 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA BARBARA DE ALENCAR</u>		Número <u>995</u>	Complemento <u>SALA 102</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CRATO</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.100-345</u>
Email <u>RASEGURO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 996607952</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 996607952</u>

CRATO, CE, 19 de JANEIRO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Atendimento: 75026
Atendimento: 0005
Nome do Paciente: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES
CNS: 898004236883734
Estado Civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Idade: 22 Ano(s)
Data de Nascimento: 02/02/1994
Local: CRATO/CE
Mãe: FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES
CEP: 63105-000
Município: CRATO
UF: CE
Telefone: 88993372277
Endereço: RUA CEL LUIS TEIXEIRA, 1064
Bairro: CENTRO
Município: CRATO
UF: CE
CPF do Responsável: SASK WESCLEY BATISTA RIBEIRO
Endereço: RUA CEL LUIS TEIXEIRA, 1064
Município: CRATO
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula: 75026
Hora: 05:54
Convênio: SUS
CRM/UF: 14369/CE
Tipo Atendimento: SUTURA
Funcionário: FRANCISCO ROBERIO PEREIRA BARROS
Data de Atendimento: 07/10/2017
Data de Saída: 07/10/2017

Data/Hora Liberação: 07/10/2017 06:12:58h
Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais: Altura (cm): 170 T (°C): 36,7 P (bpm): 98 R (bpm): 18 PA (mmHg): 120/80

Classificação de Risco: AMARELO
Data e Hora: 07/10/2017 06:07
Responsável pela Classificação: SILVINO ITALO LANDI

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

07/10/2017 06:12:58h Responsável: CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES CRM-CE 14369
PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REALTANDO USO DE CAPACETE, POREM DIZ Q NAO LEMBRA TOTALMENTE DO ACIDENTE.
QUEIXA-SE DE DOR EM BOCA E FACE. NEGA SINTOMAS ABDOMINAIS, SONOLENCIA, CEFALIA, NAUSEAS OU VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DISPNEIA LEVE

AO EXAME

ESTADO GERAL REGULAR, ALCOOLIZADO, CONSCIENTE. CORADO, HIDRATADO.
MUCILAS ISOCORICAS E TORREATIVAS, GLASGOW 4+5+6=15.
R: M/V+ S/R, FR: 18BPM, SATO2: 98%.
ABD PLANO, DEPRESSO EL INDOLOR.
FURIMENTOS CORTOCONTUSOS EM FACE E CAVIDADE ORAL COM ALGUNS DENTES QUEBRADOS, POREM SEM HEMORRAGIA ATIVA.

CD REALIZADA SUTURA DE LESOES DE PELE EM FACE SOB ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2% SEM VASO USANDO FIO DE NYLON 3-0

LIMPEZA BUCAL COM SORO FISIOL
SFC 9% - 500ML
DEXAMETASONA 4MG+AD EV
DIPIRONA 01FA+AD EV
SOL RX TORAX

Dr. Carlos de Brito Neves
Cirurgia Geral
CRM-CE 14369



CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES - CRM 14369

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SASK WESCLEY BATISTA R

Prescrição Médica

Prescrição: 0001
Data de Nascimento: 09/12/1994
Data: 07/10/2017
Hora: 09:06
Convênio: SUS
Tipo de Atendimento: SUTURA

Paciente: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES
Nome da Mãe: FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES
Profissional Resp.: CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO

Prontuário: 175026/0005
Sexo: Masculino

CRM: 14369
Data de Atendimento: 07/10/2017

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
1. CLAMAZONA 4MG 2.5ML AMP.		E.V.	04/04 H	10 14 18
2. DAPIRONA SODICA 2ML AMP. + ABD		E.V.	06/06 H	12 18
3. METOCLOPRAMIDA + ABD		E.V.	S/N	

RESPONSÁVEL: CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES - CRM-CE 14369

Luciano Neto
Dr. Luciano Neto
CRM 5465/CE
CPF: 472.908.464-01



Período: 07/10/2017 15:36:25 à 07/10/2017 15:50:07

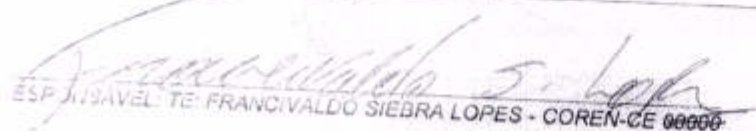
Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES		Prontuário	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	175026/0005			
09/12/1994	22 Ano(s)	FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES				
Data Atendimento	Apresento			Quarto/Leito		
07/10/2017				/		
Procurador responsável						
CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES						
Convênio	Sector	Especialidade	CRM			
SUS	PRONTO SOCORRO ADULTO	CIRURGICA	14369			

ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 07/10/2017 15:36:25

PACIENTE DEU ENTRADA NO PRONTO ATENDIMENTO CONCIENTE ORIENTADO TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FERIMENTO EM FACE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO FOI REALIZADO SUTURA MAIS CURATIVO PUNCIONADO AVP COM JELCO Nº 20 EM MSD MEDICADO PERMANECER EM OBSERVAÇÃO ATÉ AS 15:40HS REAVALIADO POR DR LUCIANO EM SEGUIDA LIBERADO SAIU NA COMPANHIA DE FAMILIARES


ESP. INJURIAVEL TE: FRANCIVALDO SIEBRA LOPES - COREN-CE 00000



Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 175026	Atendimento 0008	Nome do Paciente MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES	CNS 898004236883734	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2005034032918	Data de Nascimento 09/12/1994	Local CRATO/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Idade 22 Ano(s)	Pai CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA NUNES	Mãe FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES	UF CE	Telefone 88993372277
Endereço TRAVESSA CEDRO, 63	Bairro PALMEIRAL	CEP 63105-000	Município CRATO	
Profissão COMERCIÁRIO	Empresa CAIXA	Cônjuge		
Responsável MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUN	CPF do Responsável	Endereço TRAVESSA CEDRO, 63	Município CRATO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 16/10/2017	Hora 17.44	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO DE ASSIS SAMPAIO JUNIOR	CRM/UF 8858/CE	Funcionário JOSE EDIMAR SALES SOUZA	Tipo Atendimento CONSULTA DE URGENCIA	
Indicador de Acidente				

Observação	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------------	---------------------	----	-----	--

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 37,7	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
---------------	-----------	-------------	----------------	---------	---------	-----------

Classificação de Risco	Classificação de Risco: AMARELO	Data e Hora: 16/10/2017 17:59
Responsável pela Classificação:	GILLIANO GOMES CASU	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

16/10/2017 18:04:52h Responsável: FRANCISCO DE ASSIS SAMPAIO JUNIOR CRM-CE 8858
paciente refere acidente de moto a 10dez dias com secreção hemática de nariz, refere cefaleia fortes com inicio a tarde, nega has
egr, consciente, orientado, eupneico, afebril pa 110x80 mmhg cd tc de face tc de cranio tamponamento nasal

Prescrição: 0001 Data: 16/10/2017 Hora: 18:06 Médico: FRANCISCO DE ASSIS SAMPAIO JUNIOR CRM: 8858

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
tc cranio encefalica				
tc de face				
DIPIRONA SODICA 2ML AMP. + ABD		E.V.	DOSE ÚNICA	
DEXAMETAZONA 4MG 2,5ML AMP.		I.M.	DOSE ÚNICA	
tamponamento nasal				
dieta zero				

Francisco de Assis Sampaio Junior

paciente EVASIU-SE



FRANCISCO DE ASSIS SAMPAIO JUNIOR - CRM: 8858

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA

Encaminhamento de Paciente

Dados do Paciente

Nome : MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNE

Data Nasc : 09/12/1994 Idade : 22a10m7d

Sexo : M

Nome da mãe : FRANCISCA DE OLIVEIRA

Episódio : 4194855

Prontuário :

Admissão : 16/10/2017 17:44

Tempo de classificação : 00:01:26

Tempo de saída : 00:09:57

Prioridade : **AMARELO**

Queixa/Motivo :

PACIENTE COM RELATOS DE DOR DE CABEÇA E LÍQUIDO VERDE SAINDO PELO NARIZ DESDE HOJE PELA MANHÃ, RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS

Fluxograma : 7 - Cabeça

Discriminado : História de Trauma

Avaliação de Medidas Clínicas

Descrição	Valor
-----------	-------

ECG	15
-----	----

Dor	5
-----	---

Temperatura	37.7 °C
-------------	---------

Observação:

Medidas Complementares

Alergia: NAO

Histórico de Doenças : NÃO

Suspeitas NENHUMA

Encaminhamento

Departamento Clínica Médica

Classificador : GILLIANO GOMES CASUSA

Profissão : Enfermeiro

COREN-ENM : 487675

Data/Hora Imagem : 16/10/2017 17:55

Data/Hora Impressão : 16/10/2017 17:55

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 2005034032918 SSP CE

CPF: 062.716.993-75 DATA NASCIMENTO: 09/12/1994

PRELAÇÃO: CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA NUNES
FRANCISCA DE OLIVEIRA TORQUATO NUNES

PERMISSÃO: PERMISSÃO ACC: 12345 CATM: A

Nº REGISTRO: 06671861800 VALIDADE: 29/07/2017 1ª HABILITAÇÃO: 29/07/2016

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Marcos Paulo de Oliveira Nunes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CRATO, CE DATA EMISSÃO: 02/08/2016

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

98987844360
CE152893644

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1225644889

PREMIUM PLASTIFICAR
1225644889

SEMUTRAN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 013867547474
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00173312551 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME MARCOS PAULO DE OLIVEIRA LUNES
PLACA CRATO /CE

CPF / CNPJ 06271679375 PLACA NRB9687/CE
CHASSI 9C6KE106080002948

ESPECIE TIPO F6G/HOTOCICLO/MAG AFILIC. COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125XE ANO FAB 2008 ANO MOD 2008
CATEGORIA 2F/OCV/124CC COTA UNICA 1.0000000000000000
VENO COTA UNICA 1.0000000000000000
COTA UNICA 1.0000000000000000
VENO COTA UNICA 1.0000000000000000
COTA UNICA 1.0000000000000000
VENO COTA UNICA 1.0000000000000000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 ICF (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 19/10/2017

OBSERVAÇÕES

LOCAL CRATO DATA 19/10/2017
Assinatura do Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013867547474 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/10/2017

VIA 01 COD. RENAVAM 00173312551 R.N.T.R.C. 0000000000000000
CHASSI 9C6KE106080002948

PREMIO TARIFARIO 0,00 ICF (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 ICF (R\$) 0,07 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
COTA UNICA 1.0000000000000000
DATA DE COTAÇÃO 17/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.608/0001-04

MOTOR: ES35E-040332 01213

União
20 FEV. 2018
Seguradora

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARCOS PAULO DE OLIVEIRA NUNES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: ESTUDANTE
IDENTIDADE: 2005034032918
ENDEREÇO: TRAVESSA CEDRO, 63, CENTRO, CRATO, CEARÁ

OUTORGADO

NOME: ROOSWELT ALCANTARA ALENCAR
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
IDENTIDADE: 99029244985
ENDEREÇO: RUA BARBARA DE ALENCAR, Nº 995, SL 102, CENTRO, CRATO, CEARA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

CRATO, CE 18/02/2018

LOCAL E DATA

Marcos Paulo de Oliveira Nunes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

