



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2016

Carta nº: 9019257

A/C: NATANIEL LIMA DE SOUSA

Sinistro: 3160256074 ASL-0853297/16
Vitima: NATANIEL LIMA DE SOUSA
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2016

Carta n°: 9020532

A/C: NATANIEL LIMA DE SOUSA

Sinistro: 3160256074 ASL-0853297/16
Vitima: NATANIEL LIMA DE SOUSA
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2016

Carta n°: 9124837

A/C: NATANIEL LIMA DE SOUSA

Sinistro: 3160256074 ASL-0853297/16
Vítima: NATANIEL LIMA DE SOUSA
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta n°: 9175914

A/C: NATANIEL LIMA DE SOUSA

Sinistro: 3160256074 ASL-0853297/16
Vitima: NATANIEL LIMA DE SOUSA
Data Acidente: 17/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVAN PINTO BARROS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160256074 - 1

Nome do(a) Examinado(a): NATANIEL LIMA DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PROFESSOR ARI DE SA CAVALCANTE nº 117 - BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2004097002910 - SSP

Data local do exame: 03/06/2016 FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA Perna ESQUERDA- TERCO MEDIO DA FACE ANTERIOR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR- SUTURA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MIE- SEM DEFICIT FUNCIONAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 03/06/2016

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



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 **NATANIEL LIMA DE SOUSA**,
 PORTADOR (A) DO RG N° 2004097002910 EXPEDIDO POR SPP CE EM 13/09/2004,
 CPF/CNPJ No. 034.510.473-06, PROFISSÃO TECNICO EM ELETRONICA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
NATANIEL LIMA DE SOUSA, AUTORIZO A
 SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº 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 BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1035 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37324-4 013

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

FORTALEZA - CE

23 de março de 2016

LOCAL E DATA

NATANIEL LIMA DE SOUSA
 ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016

! 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.

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

2 HORÁRIOS E LIMITES

Conta origem: 2183 / 001 . 00033886-9

Conta destino: 1035 / 013 . 00037324-4

Agência destino: FRANCISCO-SA

Nome destinatário: NATANIEL LIMA DE SOUSA

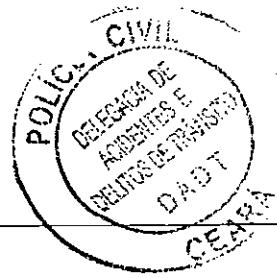
Valor: 5,00

Identificação da transferência: TRANS CLIENTES

ARUANA SEGUROS
20 ABR 2016



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2806 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/03/2016 15:26:23**

Data / Hora da Ocorrência : **17/03/2016 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R GRACA ARANHA COM RUA 20 DE JANEIRO**

BARRA DO CEARA FORTALEZA/CE

Ponto de Referência: **PROX A FABRICA DE CASTANHA IRACEMA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NATANIEL LIMA DE SOUSA**

Nascimento : **06/05/1989**

CTPS: **77291240010** Órgão Emissor: **MT** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **MANOEL MOURAO DE SOUSA**

FRANCISCA MARIA PAULA DE LIMA

Endereço: **R PROF. ARI DE SA CAVALCANTE 117 CASA 09**

BARRA DO CEARA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **989447683**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA C MOTOR DA MARCA TRAXX JL 50Q2, ANO 2011, COR DOURADA CHASSI:951BXKBB0BB13549148F4011DR E RAZAO SOCIEL EM NOME DE LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDO; QUE TRAFEGAVA PELA RUA GRACA ARANHA, QUANDO DE REPENTE UM OUTRO VEICULO(PLACAS ORR-2577) PALIO ATRACTIVE, COR BRANCO, CONDUTORA: ERICA QUE AVANÇOU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR COM C MOTOR EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UM AMIGO E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NA UPA DO PIRAMBU. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: Falsa comunicação é crime previsto pelo art. 340 CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL

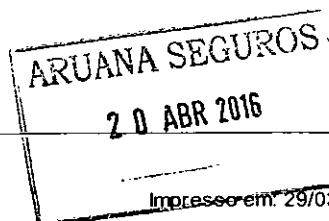
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *prontomil Lima de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **NATANIEL LIMA DE SOUSA**,
portador(a) da carteira de identidade nº. **2004097002910 SPP CE**, e inscrito(a) no CPF/MF
sob o nº **034.510.473-06**, residente e domiciliado (a) na
RUA PROFESSOR ARI DE SA CAVALCANTE, 117, Cidade **FORTALEZA**,
Estado **CE**, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo
do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT
(Lei nº 6.194/74), uma vez que:

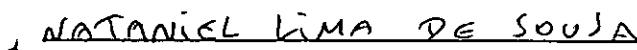
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

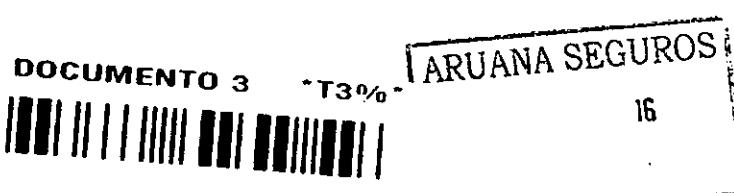
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a
cobertura de IPA 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 as
custa 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.


NATANIEL LIMA DE SOUSA
Assinatura do(a) declarante
conforme documento de identificação

FORTALEZA - CE, 23 de março de 2016.



PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: NATANIEL LIMA DE SOUSA Prontuário: 5396 Admissão: 17/03/2016
Data Nasc.: 06/05/1989 Idade: 26 ano(s) 10 mes(es) e 11 dia(s) Sexo: Masculino RG: 2004097002910
Mãe: FRANCISCA MARIA PAULA DE LIMA Telefone: (85) 986259917
Endereço: RUA PRO ARI DE SA CAVALCANTE 125 Bairro: BARRA DO CEARÁ CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CRISTINA MEDEIROS PESSOA Horário: 17:04
Queixa: dor e lesão na perna e hq, apos acidente de moto
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: DOR INTENSA
Risco de Queda: Sim Alergia: Não
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: THIAGO RODRIGUES DE CASTRO CRM: 14976 Nº Atendimento: 306919 P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO ADULTO Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DA PERNAS Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE APRESENTA LESSAO EM Perna ESQUERDA HOJE. APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. PACIENTE
REFERE DESEJO DE IR POR MEIOS PROPRIO.
PACIENTE COM LESAO PERFORANTE(FRATURA EXPOSTA?) EM Perna DIREITA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
17/03/2016 17:04:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	CRISTINA MEDEIROS PESSOA

DOCUMENTO 2 *T2%*

EXAME



Médico: THIAGO RODRIGUES DE CASTRO

Data: 17/03/2016 17:49

Prescrição

Aprazamento

PROFENID 1AMP + 100 ML SF 0,9% EV

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

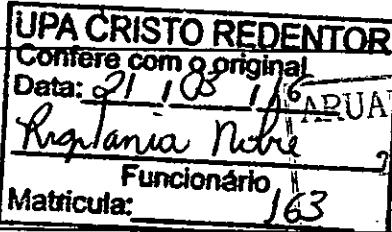
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

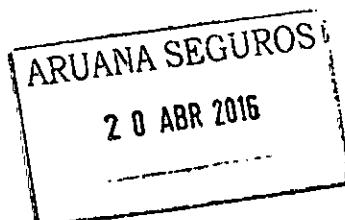
Eu, **NATANIEL LIMA DE SOUSA**,
RG nº 2004097002910, data de expedição 13/09/2004, Órgão SPP CE,
CPF nº 034.510.473-06, venho perante a este instrumento declarar que não posso
comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	RUA PROFESSOR ARI DE SA CAVALCANTE
Número	117
Apto / Complemento	CS 09
Bairro	BARRA DO CEARA
Cidade	FORTALEZA
Estado	CE
CEP	60.331-350
Telefone de Contato	(85) 3046-1120 / 9695-8085
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

FORTALEZA - CE, 23 de março de 2016

Assinatura do Declarante: Nataniel Lima de Sousa



Nº DO CLIENTE

5295333-5

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

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-N | Nº

Rota 01 01110 20 074200 - 4 Data de Emissão 04/01/2016

Nome JOSIVAN PINTO BARROS

End. Postal RU SAO PAULO 00032 SA 513
CENTRO - FORTALEZA - 60030100

Medidor 4275905 Poste 0224 A18N

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFÁSICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 600067453-85

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2016	04/01/2016	01/02/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto FORTALEZA

Mês Nov/2015 FUSD 23,95

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
73,87	27,00%	19,94

Padrão Individual

Mês	Trm	Anual	Mês	Trm	Anual
DIC	4,59	8,88	8,88	8,99	8,99
FIC	3,11	8,88	8,88	3,08	3,08
DMIC	2,52			8,49	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FEEB.0842.02F4.FPFC.EF79.0C81.0859.06EE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Corr. Incl.	Corr. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16247	16139	1,08	108	3,88	188	0,68404	73,87

DESCRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 73,87

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 28,16

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,18)

DOCUMENTO 1 - T10%



COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO.		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)									
Energia	34,11	124	188	122	123	132	114	152	152	149	118
Transmissão	0,78	188	122	123	132	114	152	152	149	118	86
Distribuição	13,98	122	123	132	114	152	152	149	149	118	107
Encargos Salariais	1,99	123	132	114	152	152	149	149	149	118	121
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	23,86	114	152	152	149	149	149	149	149	118	121
TOTAL	73,87	152	149	149	149	149	149	149	149	118	121

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecobônus.

Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Credibilidade Ecológica (% CO₂)

46,68 0,00 0

100

informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números

para contato por rede social. Para consultar os números acesse
novo site - www.coelce.com.br

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

CONSIDERAR ESTA CONTA QUITADA SE EFETUADO O DEBITO EM CONTA CORRENTE -
BOC BRASSESCO S.A. AGENCIA - 0618.

Consta desta fatura R\$ 3,92 referente a PIS e COFINS.
(R\$ 10.437,92 - R\$ 10.433,99 = R\$ 3,92)

ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016



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 Rosivon Pinto Barros, portador(a) do RG nº 05070808420, expedido por Detran- RJ, em 03/10/12, CPF/CNPJ nº 600.067.453-85, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Nataniel firma de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza SPA da vítima Nataniel firma de Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

ARUANA SECUROS

20 ABR 2016



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDORG nº 99002086076 data de expedição 04/03/99,Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 923974423-53, com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R. Laran Correia nº 600, nº _____complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Nataniel Lima de Sousa cujo o condutor era Nataniel Lima de Sousa.Veículo: CICLOMOTORModelo: TRAXX JL50QZAno: 2011/2011

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: Fortaleza, 10 de maio de 2016

ARUANA SEGUROS

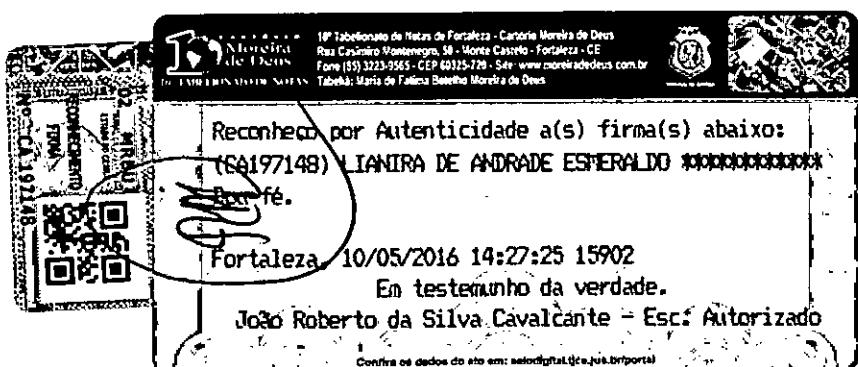
13 MAI 2016

lianiradeandradeesmeraldo

Assinatura do Declarante

nataniel lima de sousa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:

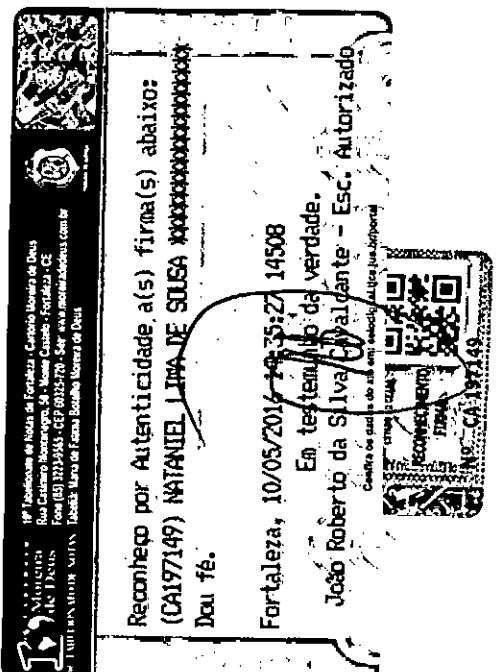
(DA197148) LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDO

Dai fé.

Fortaleza, 10/05/2016 14:27:25 15902

Em testemunho da verdade.

João Roberto da Silva Cavalcante - Esc. Autorizado

Confira os dados do site em: selodigital.tce.ce.br/portal

PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: NATANIEL LIMA DE SOUSA Prontuário: 5396 Admissão: 17/03/2016
 Data Nasc.: 06/05/1989 Idade: 26 ano(s) 10 mes(es) e 11 dia(s) Sexo: Masculino RG: 2004097002910
 Mãe: FRANCISCA MARIA PAULA DE LIMA Telefone: (85) 986259917
 Endereço: RUA PRO ARI DE SA CAVALCANTE 125 Bairro: BARRA DO CEARÁ CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CRISTINA MEDEIROS PESSOA Horário: 17:04
 Queixa: dor e lesão na perna e h/í, apos acidente de moto
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: DOR INTENSA
 Risco de Queda: Sim Alergia: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemias: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: THIAGO RODRIGUES DE CASTRO CRM: 14976 Nº Atendimento: 306919 P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO ADULTO Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
 Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DA PERNAS Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE APRESENTA LESÃO EM PERNAS ESQUERDA HOJE. APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. PACIENTE
 REFERE DESEJO DE IR POR MEIOS PRÓPRIOS.
 PACIENTE COM LESÃO PERFORANTE(FRATURA EXPOSTA?) EM PERNAS DIREITA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
17/03/2016 17:04:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	CRISTINA MEDEIROS PESSOA

EXAME

Médico: THIAGO RODRIGUES DE CASTRO

Data: 17/03/2016 17:49

Prescrição	Aprazamento
PROFENID 1AMP + 100 ML SF 0,9% EV	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

UPA CRISTO REDENTOR
 Confere com o original
 Data: 21/03/16
 Funcionário: *Ricardo Nobre*
 Matrial: 163

ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016

DOCUMENTO 4 *T4%*



136.48001.19-0

7729124

001-0 CE

Nataniel Lima de Sousa



DOCUMENTO 5 15%



BRASILEIRO

NOME: NATANIEL LIMA DE SOUSA

FCX. DE NASC: FORTALEZA - CE
FAL. NAC.: MANOEL MOURAO DE SOUSA

FCX. APRESENTACO: FRANCISCA MARIA PAULA DE LIMA
RG: 2004097002910 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IE: N999999999999999999
RG: 2004097002910

LOCAL DA EMISSAO: IOT-UNIMÓVEL
EMISSAO: 13/09/2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
034.510.473-06

Nome

NATANIEL LIMA DE SOUSA

Nascimento
06/05/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

407D.64AC.F583.2361

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

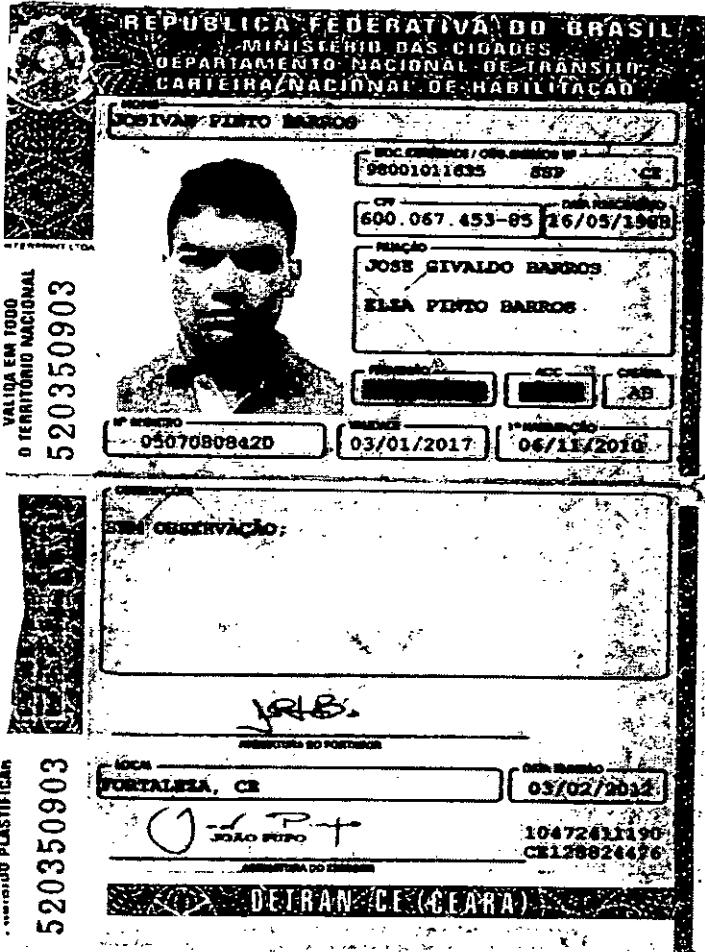
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:28:41 do dia 23/03/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 90

ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016



DOCUMENTO 3 T3%



ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

C.RABELO SOM & IMAGEM LTDA (NOR)

AV.BEZ. DE MENEZES Nº 2450 LJ 122 - SAO
GERARDO - FORTALEZA-CE
CEP 60325-080
FONE (85)3433-4050 - FAX (85) 3464-9200
www.rabelo.com.br
sac@rabelo.com.br

Aqui é fácil ser feliz.

DANFE

Documento Auxiliar da

Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA

1

1- SAÍDA

Nº 000.000.598

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2311 0969 3737 7700 0955 5500 1000 0005 9811 2143 6608

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizada

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
069821178

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
69.373.777/0009-55

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

123110037767200 10/09/2011 18:00:41

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDO

CNPJ/CPF
223.974.423-53DATA DA EMISSÃO
10/09/2011

ENDERECO
RUA CESAR CORREIA,600.600

BAIRRO/DISTRITO
CARLITO CAMPLON

CEP

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
10/09/2011

MUNICÍPIO
FORTALEZA

FONE/FAX
(85)3282-2044UF
CEINSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.318,80	734,20	0,00	0,00	4.318,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPT
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERECO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SB	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DESC.	V.TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
540.010	TRAXX JL50Q2 2011/2011 DOURADA C. MOTOR	87111000	000	5102	UN	1	4.318,80	0,00	4.318,80	4.318,80	734,20	0,00	17,00	0,00

13 MAI 2016
13 MAI 2016
13 MAI 2016

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NumRabelo: 12143660 - 951BXKB0BB013549148F4011DR ZONA: 0 - RECEBIMENTO NO ESTAB VEND: 03064 ANA CRISTINA. ZONA: 0 - RECEBIMENTO NO ESTAB. LOJA: NORTH S: 12 - 951BXKB0BB013549148F4011DR

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE C.RABELO SOM & IMAGEM LTDA (NOR) OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO

Emissão: 10/09/2011 Dest/Reme: LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDO-Valor Total: 4.318,80

NF-e

Nº 000.000.598

Série 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

C.RABELO SOM & IMAGEM LTDA (NOR)

AV.BEZ. DE MENEZES Nº 2450 L1 122 - SAO
GERARDO - FORTALEZA-CE
CEP: 60325-000
FONE (85)3433-4050 - FAX (85) 3464-9200
www.rabelo.com.br
sac@rabelo.com.br

Aqui é fácil ser feliz

sac@rabelo.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA

1- SAÍDA

1

Nº 000.000.598

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2311 0969 3737 7700 0955 5500 1000 0005 9811 2143 6608

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

123110037767200 10/09/2011 18:00:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
069821178

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
69.373.777/0009-55

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

LIANIRA DE ANDRADE ESMERALDO

CNPJ/CPP

223.974.423-53

DATA DA EMISSÃO

10/09/2011

ENDEREÇO

RUA CESAR CORREIA,600.600

BAIRRO/DISTRITO

CARLITO CAMPLON

CEP

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

10/09/2011

MUNICÍPIO

FORTALEZA

PONTE/FAIXA

(85)3282-2044

UF

CE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.318,80	734,20	0,00	0,00	4.318,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

ENDEREÇO	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CPop	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DESC.	V.TOTAL	BC/ICMS	V/ICMS	V.IPI	ALIQ. ALIQ. ICMS	IP1
540.010	TRAJX JL50Q2 2011/2011 DOURADA C. MOTOR	87111000	000	5102	UN	1,00	4.318,80	0,00	4.318,80	4.318,80	734,20	0,00	17,00	0,00

DOCUMENTO 6 "T6%"

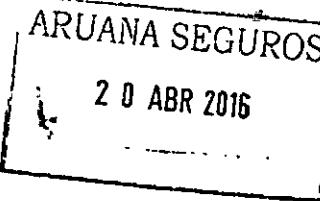


DADOS ADICIONAIS

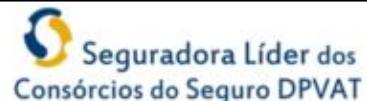
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NumRabelo: 12143660 - 951BXKBB0BB013549148F4011DR ZONA: 0 - RECEBIMENTO NO ESTAB VEND: 03064 ANA CRISTINA. ZONA: 0 - RECEBIMENTO NO ESTAB. LOJA: NORTH S: 12 - 951BXKBB0BB013549148F4011DR

RÉSERVADO AO FISCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160256074 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANIEL LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/03/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS ENVIADOS INCONCLUSIVOS (FRATURA?)

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

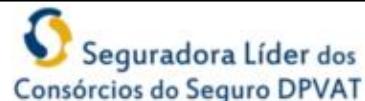
Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160256074 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANIEL LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/03/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA Perna ESQUERDA- TERCO MEDIO DA FACE ANTERIOR

Descrição do exame MIE- SEM DEFICIT FUNCIONAL
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR- SUTURA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 03/06/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Nataniel Lima de Souza
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
 Profissão: Eletrônico
 Identidade: 7729124 - CTPS CPF: 039.510.473-06
 Endereço: Rua Aru de Sá Cavalcante

OUTORGADO:

Nome: Josuane Pinto Barros
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: Artesanal
 Identidade: 05070808420 CPF: 600.067.453-85
 Endereço: Rua São Paulo

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Nataniel Lima de Souza

Fortaleza 23/03/16

Local e data

NATANIEL LIMA DE SOUSA

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

ARUANA SEGUROS

20 ABR 2016

CARTÓRIO
V. MORAES

COFRETE COM SELO DE AUTENTICIDADE
CARTÓRIO V. MORAES



CARTÓRIO V. MORAES REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA 3ª ZONA - ESTADO DO CEARÁ
Vitor Stóchi de Moraes - Oficial
Av. Celso e Silva, nº: 101 - Centro - Fortaleza - Ceará - CEP: 60.030-010 - Tel.: (85) 3231-4170 - cartorio.moraescc@gmail.com
Cod. 032297. Reconheço por AUTÉNTICA (s) assinatura(s) de (1)NATANIEL LIMA DE SOUSA, Fortaleza, 23 de março de 2017, Total: R\$ 3.59 Tânia Maria Vieira da SILVA - Escrevente. SELO 2- AABZP1674-A102.