

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

|                                       |                                                    |                                               |                           |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|
| Nome:<br><i>Wilson de Lima Angelo</i> |                                                    | Nacionalidade:<br>BRASILEIRA                  |                           |
| Estado Civil:<br><i>solteiro</i>      | Profissão:<br><i>agricultor</i>                    | Carteira de Identidade:<br><i>91015104498</i> |                           |
| CPF nº:<br><i>635641813-34</i>        | Residência:<br><i>TU: do Tiro de guerra - 2138</i> |                                               |                           |
| Bairro:<br><i>Planalto</i>            | Cidade:<br><i>Russas</i>                           | Estado:<br>CE                                 | CEP:<br><i>62.300-000</i> |

**OUTORGADO:**

**RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

**PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, em caso de julgada procedente a Ação e os recursos cabíveis**, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 01 de fevereiro de 2015.

*Wilson de Lima Angelo*  
Outorgante

## DECLARAÇÃO

Eu, Wilson de Lima Angelo, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº 91015104498 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 635641813-34, residente e domiciliado na cidade de Russos, estado de Ceará, na Rua TV: do Tiro de guerra, nº 2196 Planalto, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 01 de julho de 20 15

Wilson de Lima Angelo

Declarante

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Wilson de Lima Angelo  
 \_\_\_\_\_, BRASILEIRO(A), solteiro (ESTADO CIVIL),  
agricultor (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº 91015104498,  
 INSCRITO NO CPF SOB O Nº 635641813-34, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO  
 ENDEREÇO

Tr. do Tiro de Guerra - 2193 Plomalto Russas - CE  
 \_\_\_\_\_, DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI  
 DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO DR. RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI,  
 BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº  
 18.044 ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA  
 INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO  
 OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A  
RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO  
JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO MONTI ADVOGADOS, REPRESENTADO  
 ATRAVÉS DO ADVOGADO RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, BRASILEIRO,  
 SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 18.044, COM SEDE  
 A RUA DO ROSÁRIO - Nº 77 - 6º ANDAR - SALA 604 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.055-090 -  
 FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL,  
CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE  
A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS  
DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS  
EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS  
RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE  
 RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A  
 COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA  
 FORMA DA LEI [ ART. 339 E 340 ] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO  
 DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA 01, DE fulho DE 2015.

> Wilson de Lima Angelo

DECLARANTE

TESTEMUNHA  
 CPF:

TESTEMUNHA  
 CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
COMPANHIA DA CIDADANIA  
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Wilson de Lima Angelo*

CARTeira de IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 91015104498 - 2ª Série DATA DE EMISSÃO 1/10/2002

NOME WILSON DE LIMA ANGELO

FILIAÇÃO JOAO DE LIMA ANGELO E RAIMUNDA FERNANDES DA SILVA

NATURALIDADE RUSSAS-CE DATA DE NASCIMENTO 10/1/1971

CCC ORIGEM CERT. NASC. 5064 L A-05 F 66V CART. RUSSAS-CE.

CPF ID. ANT. 213613291

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
WILSON DE LIMA ANGELO

Nº da Inscrição 635641813-34 Data do Nascimento 10/01/71



Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a outorga por terceiros, salvo nas cases previstas na Legislação vigente.

Assinatura  
*Wilson de Lima Angelo*  
WILSON DE LIMA ANGELO

S  
E  
R  
V  
I  
D  
O

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 21/08/98

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/11/2015 às 12:30, sob o número 0208411-81.2015.8.06.0001 e código 1DA057E. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0208411-81.2015.8.06.0001 e código 1DA057E.

**167670-9**

Rua Pedro Valadim, 150  
CEP: 06133-000 - Foz de Iguaçu, SP  
CNPJ: 07.231.977/11-70 - CGF: 05.000.000-3  
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002.

**374821588**

Rota: **05 25000 01 010000 - 5** Data de Emissão: **06/02/2015**

Nome: **MARIA JOSE DA SILVA**

Endereço: **TRAV DO TIRO DE GUERRA 02198 - RUSSAS - 62900000**

Metro: **5031205** Poste: **0000 0000**

Classe: **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Valor da Potência: **0,00**

RG/CPF/CPF: **635642033-20** CPF: **000**

Nome do Responsável:

| Período  | Data de Referência | Período de Faturamento | Valor do Consumo | Valor da Tarifa Social | Valor do Imposto | Valor Total |
|----------|--------------------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|-------------|
| Fev/2015 | 06/02/2015         | 09/03/2015             | 1598,81          | 117,77                 | 125,00           | 1841,58     |
| Dez/2014 | 06/02/2014         | 09/03/2014             | 1598,81          | 117,77                 | 125,00           | 1841,58     |

| Período  | Data de Referência | Período de Faturamento | Valor do Consumo | Valor da Tarifa Social | Valor do Imposto | Valor Total |
|----------|--------------------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|-------------|
| 06/02/15 | 06/01/15           | 29 Dias                | 160              | 0,00                   | 0,00             | 160,00      |

**VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL 39,74**

**DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -18,88**

**MULTA MORATORIA REF 01/2015 0,44**

**ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 3,03**

**PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,64**

**13/02/2015**

**24,97**

| Descrição                  | Valor        |
|----------------------------|--------------|
| Energia                    | 13,75        |
| Transmissão                | 0,28         |
| Distribuição               | 1,37         |
| Encargos Setoriais         | 0,77         |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 1,33         |
| <b>TOTAL</b>               | <b>24,97</b> |

| Período | Data de Referência | Período de Faturamento | Valor do Consumo | Valor da Tarifa Social | Valor do Imposto | Valor Total |
|---------|--------------------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|-------------|
| 111     | 100                | 109                    | 101              | 98                     | 99               | 89          |
| 107     | 121                | 130                    | 134              | 118                    | 134              |             |

Compõe-se das emissões pelo consumo de energia elétrica, e outras da Energia.

Emissão kg(CO<sub>2</sub>) **43,22** Compensação kg(CO<sub>2</sub>) **0,00** Compensação Residual kg(CO<sub>2</sub>) **0,00**

Width1Wi  
dth3Widt  
h993Widt  
h3Width8  
643



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



Width1Width3Width993Width3Width8643

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.**

### **➤ DADOS DA OCORRÊNCIA**

**NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Nº B.O.: 504-01276/2015 CIOPS: -**

**DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 27/03/2015 08:08**

**DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 04/03/2015 15:00**

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: SIT PEIXE**

**ZONA RURAL RUSSAS/CE**

**PONTO DE REFERÊNCIA:**

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

**HISTÓRICO: O noticiante informa que no dia, hora e local, acima mencionado, foi vítima de um acidente de transito quando trafegava na motocicleta abaixo descrita:**

**RENAVAM: 395618495**

**Número Chassi: 9C2KC1670CR451151**

**Placa: OCS9809**

**Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI**

**Ano de Fabricação: 2011**

**Ano do Modelo: 2012**

**Cor: VERMELHA**

**Tipo Veículo: MOTOCICLETA**

**Quantidade de Passageiros: 2**

**Potência: 0**

**Cilindradas: 149**

**Categoria: PARTICULAR**

**Espécie PASSAGEIRO**

**Combustível: GASOLINA/ALCOOL**

**Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL**

**Número de Eixos:**

**Número Motor: KC16E7C451151**

**Data Licenciamento : 12/03/2015**

**Quantidade Multas: 0**

**Quantidade Restrições: 2**

**Débito licenciamento : NAO**

*x Wilson de Lima Angelo*

**IPVA em Débito: Não**

**Roubado: Não**

**Restrições:**

**RESTR IPVA - VETAR MUDANCA JURISDICAÇÃO (SEFAZ)**

**VETAR MUD PROPR - AGUARD CONFIRMAÇÃO PAG IPVA**

**Dados do Proprietário**

**Proprietário: MARIA JOSE DA SILVA**

**CPF/CNPJ Proprietário: 63564203320**

**Endereço: TRAV TIRO DE GUERRA 2198**

**Bairro: PLANALTO**

**Cidade: RUSSAS**

**CEP: 62900000**

**QUE seguia em uma estrada carroçal, quando veio a perde o controle da motocicleta após derrapar em uma areia, onde restou por cair; QUE o noticiante conseguiu ir para sua residencia e depois para a UPA DE RUSSAS/CE; QUE o noticiante sofreu FRATURA NA MÃO DIREITA; QUE declara não ser habilitado; QUE manifesta o desejo de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.//**

**➤ DADOS DA VÍTIMA**

**NOME: WILSON DE LIMA ANGELO**

**RG: 91015104498 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE**

**DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1971**

**FILIAÇÃO: JOAO DE LIMA ANGELO**

**RAIMUNDA FERNANDES DA SILVA**

**ENDEREÇO: TV DO TIRO DE GUERRA 2198**

**PLANALTO**

**RUSSAS/CE**

**TELEFONE: 88-96605634**

**➤ DADOS DO NOTICIANTE**

**NOME: VÍTIMA**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**MATRÍCULA: --**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Wilson de Lima Angelo**

**VISTO DO DELEGADO(A):**



GOVERNO MUNICIPAL  
**RUSSAS**  
Nossa maior obra é cuidar das pessoas

Sistema Único de Saúde  
**SUS / CEARÁ**

1. Preencher esta ficha em 03 (três) vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 02 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Distrito Sanitário: **UPA**

Município: **RUSSAS - CE**

Nome: **Wilson de Lima Angelo**

Prontuário Nº **1928-3**

Sexo: ☒ M ☐ F Data Nascimento: **10/01/1971**

Ocupação: **Agricultor**

Endereço: **Travessa Quilombo nº 2193**

Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: **Paciente encaminhado para ortopedia com fratura em mão (D)**

Resultado de Exames: **RX mão D**

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Assinatura: **[Assinatura]** Barreto Pessoa  
Dr. Luis Carlos Barreto Pessoa  
Nº Registro: \_\_\_\_\_

**Clinico**  
Função

**04/03/15** **14:30**  
Data Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: **traumatismo**

Profissional: **Ortopedista**

Unidade de Referência: **HCSR**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal **199 Acidente moto**

CID: **U-99**

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para Seguimento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

| 1500056130 18/03/2015 08:09:06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | FICHA DE ATENDIMENTO                                  |  | CLINICA MEDICA                                                                                                                |  | DIURNO                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Paciente<br><b>WILSON DE LIMA ANGELO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Data Nascimento<br><b>10/01/1971</b>                  |  | Idade<br><b>44 A 2 M 8 D</b>                                                                                                  |  | CNS<br><b>165634678740002</b>                                                                              |  |
| Tipo Doc<br><b>Documento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Órgão Emissor<br><b>86P CE</b>                        |  | Data Emissão<br><b>01/10/2002</b>                                                                                             |  | CPF<br><b>63564181334</b>                                                                                  |  |
| Identidade<br><b>91015104498</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Sexo<br><b>M</b>                                      |  | Estado Civil<br><b>SOLTEIRO(A)</b>                                                                                            |  | Raza/Cor<br><b>PARDA</b>                                                                                   |  |
| Mãe<br><b>RAIMUNDA FERNANDES DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Pai<br><b>JOAO DE LIMA ANGELO</b>                     |  | Naturalidade<br><b>RUSSAS - CE</b>                                                                                            |  | Prontuário<br><b>00030001</b>                                                                              |  |
| Endereço<br><b>RUA - JOÃO AFONSO - 2198 - PLANALTO - RUSSAS - CE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                       |  | Contatos<br><b>(88) 9660-5634</b>                                                                                             |  |                                                                                                            |  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                                                                                                                |  | Validade                                                                                                   |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>CONSULTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional do Atend.                                                                                                        |  | Procedência                                                                                                |  |
| Setor<br><b>PRONTO ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Tipo de Chegada<br><b>DEMANDA ESPONTANEA</b>          |  | Procedimento Sol.                                                                                                             |  | Temp.                                                                                                      |  |
| Queixa Principal<br><b>Corte no QDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril              |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                                |  |
| Anamnese de Enfermagem<br><b>Pomada no 4º QDD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | GSC                                                   |  | TOTAL                                                                                                                         |  |                                                                                                            |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| <b>Ha 2 semanas que pomada no mao D por queda de mao</b><br><b>Enchido e deformado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| Exame Físico<br><b>Corte e perdeu tecido.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| Hipótese Diagnóstica<br><b>Fratura no mao D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| SADT - Exames Complementares<br><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                                                                        |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| PRESCRIÇÃO<br><b>DRX mao D</b><br><b>1/ Trauma leve</b><br><b>2/ Dificuldade de flexão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                       |  | APRAZAMENTO<br><b>Danielly Marina Pereira</b><br><b>TEC. RADIOLOGIA</b><br><b>CRTR 02083T</b><br><b>09/14</b><br><b>09/15</b> |  | OBSERVAÇÃO<br><b>24</b><br><b>Exame Solic. de Fratura</b><br><b>tec. de imagem</b><br><b>COREN 392.315</b> |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input type="checkbox"/> Transferência para:<br><input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: / / |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| Óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> ML Anatomia Patológica                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                |  |                                                                                                            |  |
| Impresso por: lorena.mf<br>Data Hora: 18/03/2015 08:20:46                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                       |  | 1500056130                                                                                                                    |  |                                                                                                            |  |

[illegible]

**DETALHES DO PROCESSO**

|                  |                         |                |                     |                         |
|------------------|-------------------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| Número Sinistro: | 3150404966              | Garantia:      | 02 - Ipa /Invalidez |                         |
| Categoria:       | 09 - Moto / Motocicleta |                |                     |                         |
| Data Sinistro:   | 04/03/2015              | Data Recepção: | 17/04/2015          | Data Rateio: 15/06/2015 |
| Seguradora:      | ARUANA - FORTALEZA      | Angariador:    | L&L SEGUROS         |                         |
| Preparador:      |                         |                |                     |                         |
| Analista:        | Diana                   |                |                     |                         |
| Situação:        | Pago                    |                |                     |                         |
| Filial:          | PARANASEG               |                |                     |                         |

**DATAS DE ENVIO****VÍTIMAS**

|                 |                                                  |        |
|-----------------|--------------------------------------------------|--------|
| Vítima          | WILSON DE LIMA ANGELO                            | Estado |
| Endereço:       | TV DO TIRO DE GUERRA ,2193 - PLANALTO - RUSSAS - |        |
| Cep:            | 62.900-000                                       |        |
| Telefone        | (88) 9748-0607                                   |        |
| Data Nascimento | 10/01/1971                                       |        |

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

|                   |             |                   |                |                           |
|-------------------|-------------|-------------------|----------------|---------------------------|
| Beneficiário      | O MESMO     |                   |                |                           |
| CPF/CNPJ          | 63564181334 |                   |                |                           |
| Data Rateio       | 00/00/0000  | Data Pagamento    | 00/00/0000     |                           |
| Agência           | 06963       | Conta Corrente    | 142700         |                           |
| Banco             | Bradesco    | Tipo Conta        | Conta Corrente |                           |
| Valor Indenização | 2.362,50    | Valor Nota Fiscal | 0,00           | Data Pagamento 16/06/2015 |
| Valor Pleiteado   |             |                   | 13.500,00      |                           |
| Diferença         |             |                   | 11.137,50      |                           |

**CORRETORA**

|             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| Código      | 1                           |
| Nome        | L&L SEGUROS                 |
| Responsável | JEFFERSON                   |
| Endereço    | AV. DOM LINO, 864           |
| Telefone    | (88) 3411-1156              |
| E-mail      | jeffersonvolney@hotmail.com |