

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RONIELE CARDOSO PEREIRA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Miguel Sampaio – Nº 0001		Profissão: Agricultora	
RG: 2003005012410 SSP/CE CPF: 012.554.253-42		Estado Civil: Solteira	
Bairro: Centro	Cidade: Itatira	Estado: Ceará	Cep: 62.720.000

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº. 18.044, portador do RG nº. 8.119.595 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) 3254-4340.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, 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, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, 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, requer-er, 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 audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

ITATIRA (CE), 22 DE ABRIL DE 2015.


Outorga

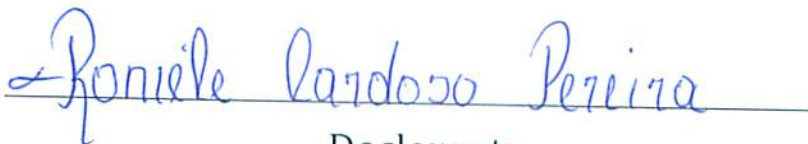
DECLARAÇÃO

NOME: RONIELE CARDOSO PEREIRA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Miguel Sampaio – Nº 0001		Profissão: Agricultora	
RG: 2003005012410 SSP/CE CPF: 012.554.253-42		Estado Civil: Solteira	
Bairro: Centro	Cidade: Itatira	Estado: Ceará	Cep: 62.720.000

DECLARA com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

ITATIRA (CE), 22 DE ABRIL DE 2015.


Declarante

DECLARAÇÃO

NOME: RONIELE CARDOSO PEREIRA		Nacionalidade: Brasileira	
Endereço: Rua Miguel Sampaio - Nº 0001		Profissão: Agricultora	
RG: 2003005012410 SSP/CE CPF: 012.554.253-42		Estado Civil: Solteira	
Bairro: Centro	Cidade: Itatira	Estado: Ceará	Cep: 62.720.000

Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

ITATIRA (CE), 22 DE ABRIL DE 2015.

Roniele Cardoso Pereira

Declarante

Nº DO CLIENTE
6467039-2

coelce

DATA DE EMISSÃO 24/02/2015

Rota 17 36022 01 287000 - 1

Nome RONIELE CARDOSO FERREIRA

RU MIGUEL SAMPAIO 00001

DISTRITO DE LAGOA DO MATO - ITATIRA - 62720000

48869

Q1-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF 012554253-42

Nome da Agência

INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Verificação no verso desta conta

Consumo 10.68

Padrão 0.00-P

Apresentação Individual

Mês	Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor
Jan/2015	5.67	10.86	21.73	0.28	0.28
Fev/2015	5.01	6.65	13.70	1.00	1.00
Mar/2015	0.29			0.28	0.28

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
7043	7297	1.00	146	0.00	30	0.17306	5.79	70	2.16
					46	0.22996	2.16		2.16
						0.49846	2.16		2.16

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916

VENCIMENTO 03/03/2015

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor
Envelhecimento	24.61
Perdas	0.28
Distribuição	0.28
Encargos Setoriais	1.37
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	24.45
TOTAL	50.99

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo
Jan	128
Fev	146
Mar	131
Abr	108
Mai	0
Jun	0
Jul	0
Ago	0
Sep	0
Out	0
Nov	0
Dez	0

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica através do Coelce

Emitido kg(CO₂)

Compensado kg(CO₂)

Consciência Ecológica (% CO₂)

Informações importantes e avisos de vencimento

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, REFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRASCO OU BANCO DO BRASIL.

COELCE RECONHECE E AGRADECE A PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2004005012410 DATA: 07/02/2014

INSCRIÇÃO: RONELE CARDOSO PEREIRA

EDUCAÇÃO: ANTONIO PEREIRA

ANTOPONÍMICO: ANTONIA ALBERT MACEDO CARDOSO PEREIRA

NATURALIDADE: ITATIRA - CE DATA DE NASCIMENTO: 18/04/1988

DOC. ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: LAGOA DO MATO, ITATIRA - CE TERMO: 4604

FOLHA: 88 LIVRO: AS - ITATIRA - CE

CPF: 012.554.253-42

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/89

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Potega Direito

Ronele Cardoso Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TELEFONES DE CONTATO

(88) 9950-0004 (88) 9950-0003

(88) 8874-8777 (88) 9266-8392

(88) 3427-1916



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 2996 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2015 14:42:34**
Data / Hora da Ocorrência : **13/12/2014 23:50:00**
Endereço da Ocorrência: **AV AVENIDA NOSSA SENHORA DO CARMO**

NAO INFORMADO ITATIRA /CE

Ponto de Referência: **DISTRITO DE LAGOA DO MATO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS ALVES DA SILVA**
Nascimento : **22/02/1974**
RG: **23112392** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 83061843353**
Filiação: **LUIS BENVINDO DA SILVA**
MARIA ALVES DA SILVA
Endereço: **R LOCALIDADE DE POÇO DA PEDRA**
LAGOA DO MATO
ITATIRA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia 13 de dezembro de 2014, por volta das 23h50min, o mesmo pilotava uma motocicleta de RENAVAM: 005765592539C Chassi 9C2KD0550DR370691, Placa ORR 3025, Marca/Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES, Ano de Fabricação 2013, Ano Modelo 2013, Cor VERDE, Tipo Veiculo MOTOCICLETA, Proprietário FRANCISCO DE ASSIS ALVES DA SILVA, quando ao atravessar a avenida o noticiante deparou-se com um carro desconhecido e de placa não anotada, que o mesmo ainda freou a motocicleta, mas não conseguiu evitar a colisão, que o mesmo e a senhora RONIELE CARDOSO PERIERA, portadora do RG 2003005012410 e CPF 012.554.253-42 que era conduzida na garupa da motocicleta vieram a cair ao solo, em decorrência do acidente o declarante sofreu corte no joelho direito e escoriações pelo corpo, e a garupeira sofreu lesão em coxa esquerda, que os mesmos foram socorridos e levados para o PSF de Lagoa do Mato, onde receberam atendimento medico pela plantonista Enfra MARIA EMANUELLY CRISOSTOMO BARROSO, COREN/CE: 258.488, e em seguida foram liberados.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANDRÉ DE ALMEIDA LUBANCO - MAT.: 198401-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Francisco de Assis Alves da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ÉVNA AMÉRICA DE AQUINO LEITÃO PAIXÃO - MAT.: 198340-1-8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **RONIELE CARDOSO PEREIRA**, portador da carteira de identidade nº **2003005012410** e inscrito no CPF/MF sob o nº **012.554.253-42**, residente e domiciliando em **RUA MIGUEL SAMPAIO, S/N, DISTRITO DE LAGOA DO MATO**, Cidade **ITATIRA**, Estado **CE**, 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:

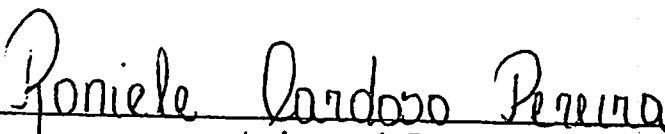
(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou

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

() O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da via 9terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

Itatira-ce, 17 de março de 2015.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAITIRÁ
Secretaria Municipal de Saúde

fls. 19

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM: UBS - "João Silva Guerra"
DISTRITO SANITÁRIO: Lagoa do Mato MUNICÍPIO: Itaitira

NOME: Romele Carlos Pereira PRONTUÁRIO Nº
SEXO: M ☐ F ☒ DATA DE NASCIMENTO: 18/04/1986 OCUPAÇÃO:
ENDEREÇO: Lagoa do Mato BAIRRO: FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Pac. feminino, 29a, vítima de acidente de moto, com lesões em coxa esquerda, necessita de
RESULTADO DE EXAME(S): avaliação

CONDUTA JÁ REALIZADA:
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
ASSINAT: Maria Emmanuella Crisóstomo Barroso
CONFERENTE: 258.488
ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO
FUNÇÃO: enfermeira DATA: 13/12/14 HORA: 23:50

AGENDAMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
PROCEDIMENTO: Rx de coxa PROFISSIONAL: traumatologista
UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: HORA:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA:
MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO Nº ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:
RESULTADO DO(S) EXAME(S):
DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL CID:
SECUNDÁRIO 1 CID:
SECUNDÁRIO 2 CID:
PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:
O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDIU COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐
ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO FUNÇÃO DATA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/10/2015 às 14:49, sob o número 02008544320158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0200854-43.2015.8.06.0001 e código 1CFD858.

GOVERNO MUNICIPAL DE
ITATIRA

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITATIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITATIRA
CNPJ: 11.335.738/0001-26

Receituário

Declaro para os devidos
fins que Roniele Cardoso
Pereira, compareceu a Unidade
de Básica de Saúde de Lagoa
do Mato, no dia 13 de Dezembro
de 2014, referindo queda
de motocicleta após colisão
com carro. A vítima era
passageira e não sofreu
lesões.

13/12/14
DATA

Maria Emanoelly Crisóstomo Barroso
PREFEITA
CORRENTE: 258.488

Rua Padre José Laurindo, 1249 - Centro - Itatira-CE - Cep: 62720-000

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é aglizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Romêdo Cardoso Pereira</u>		NÚMERO DO SINISTRO:
RG: <u>2003 005012410</u>	ORGÃO EXPEDIDOR: <u>SSPDS-CE</u>	CPF: <u>012.954.253-42</u>

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)	
DATA DO ACIDENTE: <u>13/12/14</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>13/12/14</u>

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: João Carlos Mantovani R. O.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Contusões da coxa esquerda, com laceração do quadríceps coxa Esq, hematoma contuso, cotovelo Esq com trauma, laceração

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): medicam e fisioterapia

Tratamentos ortopédicos inerentes, com imobilizações e curativos.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO
1º <u>Cotovelo esquerdo (hemorragia, contusões e laceração ligamentar).</u>
2º
3º
4º <u>Coxa Esq / Contusões e laceração de músculos</u>
5º <u>do quadríceps e hematoma</u>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: _____ A _____

QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Fortaleza - Ce

LOCAL

24.01.15

DATA

ASSINATURA EM CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Romão de Cardoso Pereira

DATA DO ACIDENTE:

13/12/14

TRATAMENTOS CIRURGICOS OU CONSERVADORES REALIZADOS NO PACIENTE:

Tratamentos ortopédicos
iniciais, com imobilização
ortopédica + AHS.

PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

01 (um) dia

APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUAIS OS OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS PELO PACIENTE. EX: TROCA DE GESSO, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, FISIOTERAPIA, ETC.

Tratamento ambulatorial
troca de gesso
10/12/14 a 13/12/14

DATA DA ALTA DEFINITIVA:

14/03/15

Ífatre - Ce
(Ldoby)

24/01/15

ASSINATURA E CARIMBO
José Carlos Martins
Médico
CREMEC - 6076

TESTADO DE ALTA

Atesto que o paciente,

Vítima de acidente de trânsito ocorrido em, 13/12/14

Sofreu as Seguintes Lesões:

Sofreu as Seguintes Lesões: Contusão de coxa
inferior, com lesões do quadril
coxa coxa Espondilite hematoma
contuso. Coto do osf com trauma
e lesões ligamentar cotula osf.

Efetua os seguintes tratamentos: _____

Efetua os seguintes tratamentos:

Network outperforms in movement
com. in both cases + AINS
+ ABI + Amplitude

Informo que os tratamentos foram efetuados durante o periodo de 12/12/11 a 28/12/11

informo que os tratamentos foram efetuados durante o período de 13/12/14 à 13/03/15, tendo findado seu tratamento, recebeu ALTA DEFINITIVA em 14/03/15

Seqüelas em caráter permanente resultantes do acidente:

o edema em coxa e
claudicação. Colúmbio
com bruxismo de flexão
e de pronas. ^{Esforço} ^{extensão}
Debita de articular.

Local

Data

Assinatura e Carimbo

~~Jose Carlos M. Medico
CREMEC~~

BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Habilitação de Postagem
Honorários
Onde dar entrada
Formulários
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor
Solicitar Envelopes

Voltar

Processo

Megadata: 3150/284781
Processo: 709904
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 13/12/2014
Nome: RONIELE CARDOSO PEREIRA
Situação: Processo liberado o pagamento

Beneficiários

Nome

RONIELE CARDOSO PEREIRA

Históricos

Data/Hora Situação

25/3/2015 Pré-Cadastro não analisado

26/3/2015 Pré-Cadastro analisado e aprovado

31/3/2015 Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Lider

20/4/2015 Processo liberado o pagamento

Observações

Data crédito: 22/04/2015 - R\$ 2362.50

Restrições**Mais Informações**[Virtual Informática para Seguros](#)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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.

Nº. DO SINISTRO: _____

EU, **FRANCISCO EVILASIO DE BRITO TORRES**

PORTADOR (A) DO RG Nº **1258026-86**, EXPEDIDO POR **SSP/CE** EM (DATA) **31/10/1986**, CPF/CNPJ: **903.459.163-87**, PROFISSÃO **AGRICULTOR** E RENDA MENSAL DE R\$ **250,00**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT DA VITIMA: **FRANCISCO EVILASIO DE BRITO TORRES**, AUTORIZO A RESPECTIVO PAGAMENTO/CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

- 1- ☒ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (qualquer banco)**
Nº BANCO: 237 Nº AGENCIA: 0687-4 Nº C/C: 0710062-0
- 2- ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO: 237 Nº AGENCIA: _____ Nº C/P: _____
- 3- ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO: 001 Nº AGENCIA: _____ Nº C/P: _____
- 4- ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº BANCO: 341 Nº AGENCIA: _____ Nº C/P: _____
- 5- ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL**
Nº BANCO: 104 Nº AGENCIA: _____ Nº C/P: _____

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

MADALENA - CE, 20 DE DEZEMBRO DE 2011.

LOCAL E DATA

Francisco Evilasio de Brito Torres
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

Atenção: - o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep). - A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a 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.