

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Nome: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA
Estado Civil: CASADO Data de nascimento: 03/04/1972
Profissão: AGRICULTOR CPF nº: 390.198.883-15
Carteira de Identidade nº: 2002.015105986
Residência: RUA ANTONIO LOTERO - 169, CENTRO, NOVO
ORIENTO - CEP. 63740.000;

OUTORGADO: ANTONIO ACÁCIO ARAÚJO RODRIGUES,
brasileiro, Advogado, OAB/CE nº 31.248, com domicílio profissional na
Rua Dom Pedro II, nº 525, Sala 05, Bairro Centro, Crateús /Ceará - Cep:
63.700-000;

Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, conferindo-lhe os poderes da cláusula AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA, para o foro em geral, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, usando os recursos legais, acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais: de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar compromissos ou acordos, desistir, renunciar o direito sobre que se funda a ação, receber notificações e intimações, dar recebimento e dar quitação para fins de levantamento de precatório ou RPV, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme bem como praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

Crateús, 04 de Agosto de 2017.

Paulo Geovane Soares Teixeira
Assinatura do Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



DECLARANTE:

Nome: PAULO GEOVANE SOPRES TEIXEIRA
Estado Civil: CASADO Data de nascimento: 05/04/1972
Profissão: AGRICULTOR CPF nº: 390198883 15
Carteira de Identidade nº: 2002 015 105986
Residência: RUA ANTONIO LOTERO 169 CENTRO NOVO
ORIENTE CEP. 63740-000;

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Por ser a verdade, assino à presente.

CRATEÚS, 04 de AGOSTO de 2017.

Paulo Geovane Sopres
Nome do Declarante

Teixeira

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 08

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
390.198.883-15

Nome
PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA

Nascimento
06/04/1972

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA PORTEIRA DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, REGISTRO E PERÍCIAS IDENTIFICÁVEIS

Polícia Divisão

Paulo Geovane Soares Teixeira

CARTeira DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 2002015102002 9865015102002

NOME PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA

FILIAÇÃO RAIMUNDO SOARES TEIXEIRA

NATURALIDADE FRANCISCA ARAÚJO GALVÃO

DATA DE NASCIMENTO 05/04/1972

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2013

DOC. ORIGEM INDEPENDÊNCIA - CE

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2628 FOLHA: 287

LIVRO: 8-00005 NOVO ORIENTE - CE

CPF 390.198.883-15

ASSINATURA DO DIRETOR *Adriano S. Bonato*

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P. : 72

CÓDIGO DE CONTROLE
768B.3409.A466.8DE8

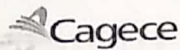
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 16:07:56 do dia 23/10/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00



Nº de inscrição:

051705214



DADOS DO CLIENTE

Nome: PAULO GEOVANE S TEIXEIRA
End. Leitura: RU ANTONIO LOTERO, 169, CENTRO
Cidade: NOVO ORIENTE
End. Entrega:

CEP: 63740-000

Cidade:
Local: 097 Setor: 005 Quadra: 0185 Lote: 0072 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem ³	Média Semestralm ³
ÁGUA	R09F274590	943	954	11	11

DATAS

Leitura Atual: 27/05/2017 Emissão: 27/05/2017 Lacre Água: 1408369
Leitura Anterior: 26/04/2017 Próxima Leitura: 27/06/2017 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	022	022	010	022	022
Analisadas	022	010	009	022	022
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	22,04	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JURDS DE 0,033% RU DIF	0,16	MAR/16	13	0
		ABR/16	14	0
		MAY/16	17	0
		JUN/16	17	0
		JUL/16	19	0
		AGO/16	15	0
		SET/16	21	0
		OUT/16	13	0
		NOV/16	11	0
		DEZ/16	10	0
		JAN/17	7	0
		FEB/17	7	0
		MAR/17	7	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,22	Valor do Serviço	41,86
COFINS	1,10	Valor do Subsídio	18,76
		Valor Total a Pagar	23,10

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2017	08/06/2017	23,10

ONDE PAGAR SUA FATURA

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



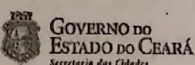
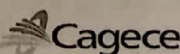
0800 275 0195



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 051705214 Código de Responsável: 352967053941286 - 0460 Mês/Ano: 05/2017

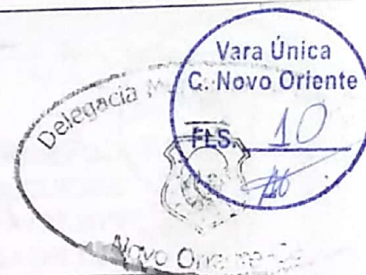
Local: 097 Setor: 005 Quadra: 0185 Lote: 0072 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: NOVO ORIENTE Vencimento: 08/06/2017 Total (R\$): 23,10

8286000000 3 23100009900 3 05170521411 8 00067022015 1



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 17/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 06/01/2015 12:53:47
Data / Hora da Ocorrência : 09/12/2014 07:00:00
Endereço da Ocorrência: R AÇUDE ORIENTE II

AÇUDE ORIENTE II NOVO ORIENTE /CE

Ponto de Referência: ESCOLA PROFISSIONALIZANTE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA
Nascimento : 05/04/1972
RG: 2002015105986 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 39019888315
Filiação: RAIMUNDO SOARES TEIXEIRA
FRANCISCA ARAÚJO GALVÃO
Endereço: R ANTONIO LOTERO 169
CENTRO 63740000
NOVO ORIENTE CE BRASIL Telefone: 8599258329

Nome: PAULO GILDARIO FERREIRA TEIXEIRA
Nascimento : 15/12/1998
RG: 2006019203527 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA
MARIA FERREIRA MIRANDA TEIXEIRA
Endereço: R ANTONIO LOTERO 169
ALTO DA COLINA
NOVO ORIENTE CE BRASIL. Telefone:

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO DE FAB. E MODELO 2014/2014, COR PRETA, PLACA ORW-5980-CE, CHASSI 9CEKD0550BR109059, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE MAURICIO MARCOS MACIEL TORRES, E QUE TRAZIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA O SEU FILHO PAULO GILDARIO FERREIRA TEIXEIRA; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE IA DEIXAR O SEU FILHO NA ESCOLA OCASIÃO EM QUE COLIDIU FRONTALMENTE COM UMA MOTOCICLETA HONDA DE COR PRATA, RESTANDO LESIONADO O DECLARANTE E SEU FILHO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA NESTE ATO; QUE A PESSOA DE RUII FOI QUEM SOCORREU O DECLARANTE E SEU FILHO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE, E QUE NO MESMO DIA O DECLARANTE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS EM CRATEUS. E NADA MAIS DISSU.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Pág. 1 de 2

Impressão em: 06/01/2015 01:04



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 17/2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Paulo Jeovane Soares Teixeira*

VISTO DO DELEGADO(A):

JOÃO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3

PA= 440x110 mmHg



Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um Novo Tempo



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

N.º _____
DATA 09.12.14

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Paulo Giovanni Soares Teixeira

Pai:

Reinaldo Soares Teixeira

Mãe:

José Quaresma Soares

CPF:

05.04.1072ande: 712

Id. Civil:

Sexo: M Data de Nascimento: 05.04.1072

Profissão:

R. Quil. 100015 105 086

Cidade: M.O

Endereço:

R. Quil. 100015 105 086

2. História Clínica:

Última de Quil. ou parturiente a gravidez

3. História da doença atual:

Última de Quil. ou parturiente a gravidez

4. Diagnóstico:

Última de Quil. ou parturiente a gravidez

5. Conduta:

Última de Quil. ou parturiente a gravidez

Paulo Giovanni S. Teixeira

MÉDICO
09.12.14

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 079684 Atendimento: 0006 CNS: 709602624780974 Guia Aut:
Paciente: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA Est. Civil: Casado(a) Sexo: M
CPF : 39019888315 Nascimento: 05/04/1972 Local: INDEPENDENCIA/CE Idade: 42 Ano(s)
Mãe: FRANCISCA ARAUJO GALVAO
Endereço: RUA ANTONIO LOTERO, 169 Telefone: 88 96048107 CEP: 63740-000
Bairro: ALTO DA COLINA Município: NOVO ORIENTE UF: CE
Profissão: GESSEIRO Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: MARIA FERREIRA MIRANDA TEIXEIRA Responsável: MARIA FERREIRA MIRANDA TEIXEIRA UF: CE
Endereço: RUA ANTONIO LOTERO, 169 Município: NOVO ORIENTE Sala:
Data Atendimento: 09/12/2014 Hora: 14:43 CID:
Médico: FERNANDO MENDEZ HERRERA CRM/UF: 13196/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO Functonário: ANTONIA CLAUDIA SIRIANO DE ARA
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X₁ M

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

Tram
Trazido
Indor
sem
tra
a lta
parte
e
aos
ol sup
ol up
FERNANDO MENDEZ HERRERA - CRM: 13196
Rx fac AP/P
Avali
Assinatura Paciente/Responsável
Paulo Geovane Teixeira
data em 09/12/14
Dr. José Ozanillo Mourão Soares
BUCA, MAXILO, FACIAL
CRO-CE 1336 CPF 826.682.202-97

POLIMEDICA GRATEUS CE

DR. GUSTAVO HENRIQUE - 176.529.038-40

Rua Coronel Lucio - Centro CEP:63700-000 Crateús-Ceará Fone: 3691-1476



WinAudio (#WAUD2118014)

Avaliação Audiológica

Emissão: 17/04/2015

Funcionário/Paciente: PAULO GEOVANE SOARES TEXEIRA

Data do Exame: 17/04/2015

Idade: 43 anos e 0 mes(es)

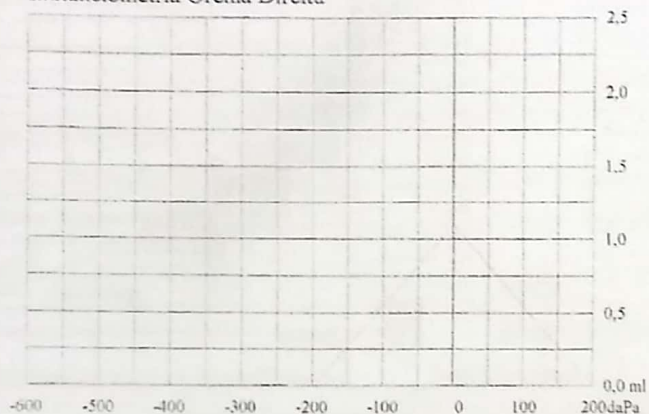
Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: AO- 250 (Última Aferição: 09/11/2014)

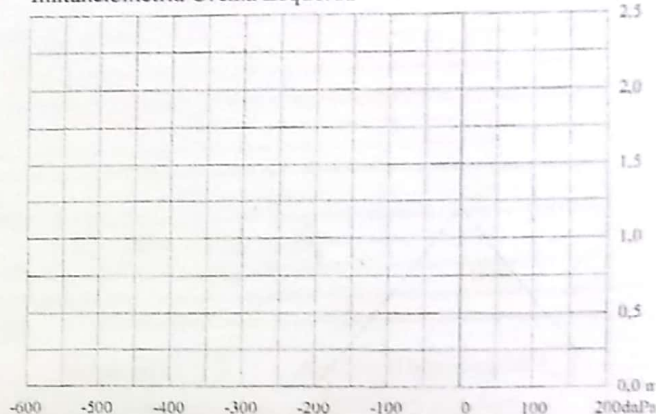
IMITÂNCIA ACÚSTICA

Imitanciometria Orelha Direita



Classificação (Jerger, 1970): A

Imitanciometria Orelha Esquerda



Classificação (Jerger, 1970): A

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	AUS		
1000	20	AUS		
2000	25	AUS		
4000	35	AUS		

Sonda no OE

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	110	AUS		
1000	110	AUS		
2000	105	AUS		
4000	110	AUS		

Sonda no OD

Marília Carvalho
Fonoaudióloga
CRFa 9959 - CE

CRFa: 9959 Dra Marília Carvalho

Este Software está licenciado para: DR. GUSTAVO HENRIQUE - 176.529.038-40

POLIMEDICA GRATEUS CE

DR. GUSTAVO HENRIQUE - 176.529.038-40

Rua Coronel Lucio -Centro CEP:63700-000 Crateús-Ceará Fone: 3691-1476

WinAudio (#WAUD2118014)

Avaliação Audiológica

Emissão: 17/04/2015

Funcionário/Paciente: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA

Data do Exame: 17/04/2015

Idade: 43 anos e 0 mes(es)

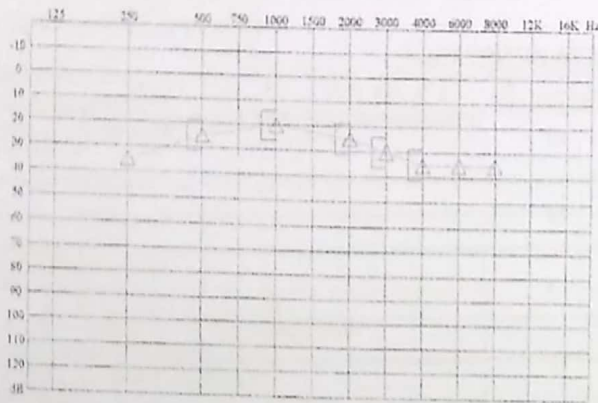
Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: AO- 250 (Última Aferição: 09/11/2014)

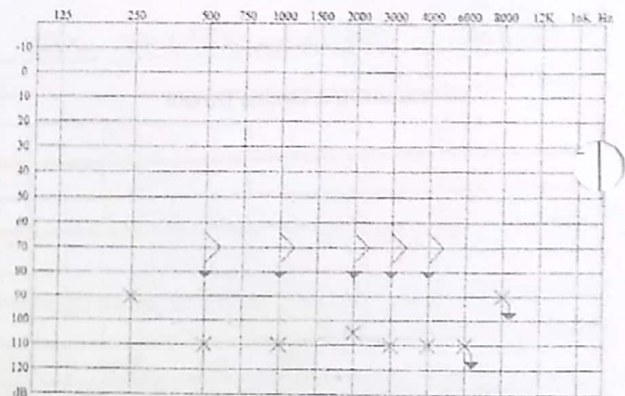
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



LRF: 25 dB
LAF:

ORELHA ESQUERDA



LRF:
LAF: 100 dB

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	65 dB	88 %	
OE			

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE					

PARECER AUDIOLÓGICO

Perda auditiva sensorioneural nas frequências de 250, 3,4 , 6 e 8KHz, com limiares auditivos normais à direita e nas frequências de 250 à 8KHz de grau profundo nas médias de 500, 1 e 2KHz à esquerda, segundo Davis e Silvermann, 1970.

Marília Carvalho
Fonoaudióloga
CRFa 9959 - CE

CRFa: 9959 Dra Marília Carvalho

Este Software está licenciado para: DR. GUSTAVO HENRIQUE - 176.529.038-40



Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um Novo Tempo



**SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE**



Vara Única
C. Novo Oriente

1 - Preencher esta ficha em 3 vias
2 - Ao terminar a consulta, o profissional deve
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.D.J.M.F. Bento

Distrito Sanitário: _____ Município: Novo Oriente

Nome: Paulo Giovanni Soares Teixeira Prontuário: _____

Endereço: Rua Ant. Lotero

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 05/04/1972 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?
Paciente vítima de queda de motocicleta, quei-
sumas de 1ª e 2ª MMSC e edema

Resultado de Exames: _____

Condução já Realizada _____

Impressão Diagnóstica _____

Assinatura: M. R. Carvalho Função: _____ Data: 09/12/14 Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

Hospital São Lucas ADMINISTRAÇÃO  SÃOCAMILO	RECEITUÁRIO
---	-------------

Nome do Paciente: R. Paulo GEORGE J. J. J.

① Press Plus 5/10 — U1g
Tomar 1x/dia (7/4)

② AAS 100 — 30mg
Tomar 1x/dia após o
Almoço

15/02/16


Eliandio Martins
MÉDICO
CRM 6253

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

Unimed
CRATEÚS**PRONTO ATENDIMENTO**Rua Ubaldino Souto Maior, 1221 - Crateús-Ce - Cep: 63.700-000
Tel.: (88) 3691.2214 - (88) 3691.2984
CNPJ: 41.316.696/0002-28**Receituário**

Paciente:

ATESTADO

Atesto que o Prezado
 PAULO GEORGE SOARES PAIXÃO
 É PORTADOR DE SURDEZ TOTAL
 DO OUVIDO ESQUERDO. HIPER-
 TENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
 COM MIOCARDIOPATIA DISSEMINADA.
 CRISE CONVULSIVA. DESCONFOR-
 TO RESPIRATÓRIO DEIXANDO-O
 INCAPAZ DE TRABALHAR
 NECESSITA DO BENEFÍCIO
 PARA SUA SOBREVIVÊNCIA E
 FAMÍLIA

 Cláudio Martins
 MÉDICO
 CRM 6253

01/06/16

Nossa especialidade é cuidar de você.



Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um novo tempo



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Stela Rêgo

*Atento para os sinais
pis a pedalar que
o pcte Paulo Geovane
feriu Tarsus e partiu
a requeta de frama.
no pe- dentes com di-
pudido para deam-
recorre de avaliação
real da INSS para p-
terapêutica preventiva*

DATA: *20, 07, 15*

CRM/ COREN/CRO

**DENGUE: Pode ser fatal
PREVINA-SE!**

Ao sentir febre, aparecer, manchas vermelhas ou roxas na pele, vômitos, dores nos olhos, no corpo, tontura, pele seca, fezes escuras, sangramento etc. Procure imediatamente um médico e cumpra suas recomendações.

*Victor M. R. Lima
CRM/ COREN/ 155*



Seguradora Líder - DPVAT

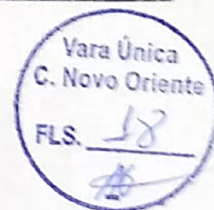
CPF = 390 198 883-15



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2015

Carta nº: 6758468

A/C: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA



Sinistro: 3150215029
Vítima: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA
Data Acidente: 09/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000014490-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

saiba +
www.dpvatsegurodetransito.com.br

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos

Seguradora Líder - DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT



Cor
RS
13.04.15

PAULO GEOVANE SOARES TEIXEIRA
RUA ANTONIO LOTERO, 169
CENTRO
CEP 63740-000 - NOVO ORIENTE - CE

seguro
DPVAT
40 ANOS

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.dpvatsegurodetransito.com.br	Para uso dos correios ☐ Mudou-se ☐ Desconhecido ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado Data ____/____/____ ☐ Endereço insuficiente ☐ Não existe o nº indicado ☐ Faltando	Responsável pela informação ☐ Morador ☐ Síndico ☐ Porteiro Entregador _____
--	---	---

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco