

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180367678

Vitima: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367678**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13216872



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180367678

Vitima: FRANCISCO PAULA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180367678**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/09/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

388.459.543-15

Nome completo da vítima

FELICIANO DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FELICIANO DE SOUZA		CPF titular da conta 388.459.543-15	Profissão Vendedor
Endereço Rua Vel. Raimundo Nilo Ruzizete 10716		Número 109	Complemento
Bairro JUNCO	Cidade SOSOPOL	Estado CEARA	CEP 62.100-000
Email		Telefone (DDD) 199 99605-0011	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

4272

D/V

2

CONTA

Nº

16738

D/V

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

SOSOPOL, 25 de Julho

de 2018

Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS:

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Conta Bancária

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 1752 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 10:42:14**
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2016 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOAO ADEODATO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A RODOVIÁRIA**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO PAULA DE SOUZA**
Nascimento: **24/02/1969** CPF:
RG: **20081051489** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JACINTA PAULA DE SOUZA**
JOSE PEDRO DE SOUZA
Endereço: **RUA VEREADOR RAIMUNDO NILO DONIZETE COELHO, 109**
Bairro: **JUNCO** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99297-0794**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PN15068** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2KC1650FR209955 Renavam: **1067070637** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MOISES DOS SANTOS SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, local e horário acima descritos, estava conduzindo sua moto de placa, fni5868 quando um senhora ao sair de um transporte coletivo invadiu e pista; que o noticiante para desviar da pedestre freou bruscamente e derrapou na via vindo a cair sentindo forte dores na mão direita; que nenhum agente de transito foi acionado; que foi socorrido por um conhecido de nome João e levado ao hospital santa casa de Sobral; que o noticiante teve uma fatura oblíqua na díafise do 4º metacarpo mão direita e ficou com o dedo sem movimento; que o médico recomendou cirurgia, mas o noticiante ainda não fez; foi juntado o licenciamento da moto no nome de MOISÉS DOS SANTOS SOUSA; e que nada mais disse //.

DOCUMENTO
ORIGINAL

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE CRISTOVÃO UCHOA MARQUES FILHO - MAT.: 30119908

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Fernando Paula de Souza

CPF da Vítima

398.459.543-15

Data do Acidente

02/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2016

Socorro, 25 de julho de 2016

Local e Data

ASS: _____

Fernando Paula de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 15697

etiqueta atendimento:

Atendi: 09/06/2018 Dt. Atende: 09/06/2018 - 08:30
Mot: 28.06.2018 08:30 Dt. Mot: 28/06/2018
Nome: FERNANDA PEREIRA DE OLIVEIRA
End: RUA DA LIBERDADE, 101
Cidade: SOBRAL - CE CEP: 62000-000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Cliente vitima de queda de moto ontem, apresenta edema e deformidade em mão direito. Refere dor no local.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Ex, _____, () Paciente ()

Responsável (Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____,

declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento: considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

ASS: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico André Rocha de Oliveira
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 2411 CPF: 370.742.887-11

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA

Data ____/____/____

Hora: _____

ATU

Sobral – CE 27 de Julho de 2018

A

SEGURADORA LIDER E SUAS CONVÊNIADAS
Rio de Janeiro – RJ

Prezados,

Aproveitando da oportunidade para cumprimentá-los, venho através de este relatar que;

Caso haja alguma dúvida a respeito do meu acidente, coloco-me a inteira disposição para qualquer auditoria se por ventura acha-se necessário, pois tenho como provar o ocorrido.

Outro detalhe é que no dia do meu acidente 01/09/2016, não procurei atendimento médico a pesar da insistência do meu colega de trabalho o João em me leva para o hospital Santa Casa, só que não fui por acha que não era nada de muito grave e continuei o meu trabalho pois sou Moto-Taxista e preciso ganhar o Pão de cada dia para o sustento de minha família.

Só que no Boletim de Ocorrência relata que fui para o Hospital Santa Casa mais está errado. Tentei explicar o fato ao Escrivão mais o mesmo não me deu ouvidos e relatou do jeito quer ele quis.

Com o passar das horas minha mão começou a inchar e passei a sentir muitas dores quando resolvi ir para minha residência tomei analgésicos e fui dormi. No dia seguinte 02/09/2016 logo cedo foi que procurei o hospital Santa Casa (Conforme BAM em anexo), onde foi constatado fratura do DEDO DA MÃO DIREITA

Agradecendo antecipadamente pela atenção

Atenciosamente,



FRANCISCO PAULA SOUZA
CPF. 388.459.543-15

TESTEMUNHA Maria Nieleirne de Andrade Vasconcelos

CPF 657860253-49

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

TESTEMUNHA Marcos dos Santos Sousa

CPF 022 811 853 03

Nº DO CLIENTE

8199139-8

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

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Pereira Valdeirino, 100

CEP 61125-040 - Fortaleza - CE

CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

529363506

Rota 10 32000 43 000600 - 5

Data de Emissão 15/06/2018

Nome FRANCISCO PAULA DE SOUZA

End. Postal RU VER RAIMUNDO NILO DONIZETE COELHO 00109
- SOBRAL - 62100000

Medidor 2282716

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 388459543-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.
Jun/2018	15/06/2018	16/07/2018	Conjunto 019991

Mês 06/2018 El. 22,73

Padrão Individual 0,00

Apuração Individual

Mercat. Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,07 10,15 20,30 0,00 0,00 0,00

FIC 0,23 0,47 0,95 0,00 0,00 0,00

DMIC 0,52 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ADIC. 4.4667.0091.8833.4797.90F9.02F4.7F04

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 41010 40905 1,00 105 0,00 1,00 79,27

15/06/18 15/05/18 31 DIAS 105 79,27

VALOR CONSUMO DO MES 79,27

MULTA MORATORIA REF 05/2018 1,36

JUROS DO MES 1,12

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 13,37

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,45)

ENDEREÇO DA VITIMA

VENCIMENTO 22/06/2018 TOTAL VALOR (R\$) 95,12

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
Energia	29,95	Energia	29,95	Energia	29,95	Energia	29,95	Energia	29,95	Energia	29,95
Permissão	17,07	Permissão	17,07	Permissão	17,07	Permissão	17,07	Permissão	17,07	Permissão	17,07
Distribuição	4,50	Distribuição	4,50	Distribuição	4,50	Distribuição	4,50	Distribuição	4,50	Distribuição	4,50
Encargos Setoriais	24,47	Encargos Setoriais	24,47	Encargos Setoriais	24,47	Encargos Setoriais	24,47	Encargos Setoriais	24,47	Encargos Setoriais	24,47
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27	Tributos (ICMS PIS/COFINS)	79,27
TOTAL	79,27	TOTAL	79,27	TOTAL	79,27	TOTAL	79,27	TOTAL	79,27	TOTAL	79,27

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consolidação Ecológica (NCO₂)

40,99 0,00 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DO FORNECIMENTO

Prezado Cliente, não se autorizamos a realização a revelia de distribuidora anexo nos atos de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 do art. 171 Resol. 414/2010 - Aneel).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

Consta desta fatura R\$ 3,07 referente a PIS e COFINS (Atividade: 49220-001 e 49220-002)

2712224-7
Para maiores informações consulte o site www.eneel.com.br
Empresa que controla suas atividades comerciais.

Lei criada pela Lei nº 10.430
de 20 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdeir, 150
CEP 60035-000 Fortaleza CE
CNPJ 02.042.231/0001-70 | CGF 08.705.980-3

eneel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO D | SÉRIE D-4 | Nº 530017531
Nota 13 32000 06 007910 - 2 Data de Emissão 20/06/2018
Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO
End. Postal RU FRI ALVARO 00665 LJ 03
ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 6210000
Medidor 11406186 Pontos 0000 0000
Classe 03 - COMERCIAL, SERV. OUTR. 01 - COMERCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CPF 284193913-87 CGF
Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Veja a legenda no verso desta conta.					
Jun/2018	20/06/2018	19/07/2018						
ICMS			Mês: ABR/2018					
			Produção (kWh)			Apuração Individual		
			Mês: ABR/2018			Mês: ABR/2018		
Razo de Cálculo (RS)	Alíquota	Valor do Imposto	Mês:	Tít.:	Assal.	Mês:	Tít.:	Assal.
31.24	27.00%	0.43	DIC	5.07	18.15	20.30	0.00	0.00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3.23	6.47	12.95	0.00	0.00
TSE, 7008, 2001, 7000, 010, 0221, 6000, 1030			DMIC	2.66			0.00	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
FP 6563	6522	1.00	41	0.00	41	0.76210	31.24	
20/06/18	18/05/18	23 dias	41				31.24	
VALOR CONSUMO DO MES			31,24					
Multa Moratoria Ref 05/2018			0,59					
Correcao Monetaria do Mes			0,42					
Juros do Mes			0,58					
Iluminacao Publica Municipal			13,69					
Adicional Bandeira Vermelha Mes (R\$ 7,07)								

ENCARGO DO PROCON

VENCIMENTO	27/06/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	46,52
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	11,02	49 41 41 49 59 34 42 53 53 59 61 53	
Transmissão	1,00	Mês: Jan/18, Fev/18, Mar/18, Abr/18, Mai/18, Jun/18, Jul/18, Ago/18, Set/18, Out/18, Nov/18, Dez/18	
Distribuição	1,00		
Encargos Setoriais	1,00		
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	9,63		
TOTAL	31,24		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)			
Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Certificado Ecológico (CECO)	
16,01	0,00	0	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO			
CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
PREVISO 10150 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Sendo o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. NEEL 414-18, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso não seja efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso. Conta desta fatura R\$ 1,22 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,20% Info: 150 2000 - NEEL - 150 2000 - 150 2000 - 150 2000 - 150 2000 Estamos em São Paulo, sempre atender 24h com custo de 5,00 reais e cada 100kWh atendimento@eneel.com.br. Informações: www.eneel.com.br		05/2018 50,13 Total 50,13	

Nº do Cliente: 2712224-7 Referência:
Data de Emissão: 20/06/2018 Total a Pagar
Nº da Nota Fiscal: 530017531 Nº do Conto:

8386000000-8 46520031000-3 001

eneel

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Lilco Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Paula de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15 do sinistro de DPVAT cobertura Impheez da Vítima Francisco Paula de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Numero	Complemento
<u>Rua Rui Viana</u>		<u>665</u>	<u>—</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila do Aito</u>	<u>Sobral</u>	<u>CE</u>	<u>62020-370</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
		<u>(19) 99605-0011</u>	<u>(19) 99477-4532</u>

Sobral 26 de Agosto de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO, 2018

ASS: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Lilco Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Paula de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15 do sinistro de DPVAT cobertura Impheez da Vítima Francisco Paula de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 388.459.543-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Numero	Complemento
<u>Rua Rui Valente</u>		<u>665</u>	<u>—</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila do Aito</u>	<u>Sobral</u>	<u>ceara</u>	<u>62020-370</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(19) 99605-0011</u>	<u>(19) 99477-4532</u>

Sobral 26 de Agosto de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO, 2018

ASS: _____

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moises dos Santos SOUSA,

RG nº 2003031009021, data de expedição 29/09/14,

Órgão SSP-LE, portador do CPF nº 022.811.853-03, com domicílio na cidade de Sorocaba, no Estado de

Sorocaba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Batista 1104, Fado Palheiro, nº 26,

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 Francisco Paula de Souza, cujo o condutor era

Francisco Paula de Souza.

Veículo: motociclo

Modelo: HONDA CG 150 Titan

Ano: 2015

Placa: PNI 5068

Chassi: 9C2KCC1650FR209955

Data do Acidente: 02/09/2016

Local e Data: Sorocaba 25/07/2018

Moises dos Santos Sousa

Assinatura do Declarante

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



don. Moises dos Santos Sousa
25 JUL 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1562824 Data da Solicitacao: 02/09/2016
Matricula.....: 16645 Idade: 49a 4m 17d
Atendimento.....: 4606001
Paciente.....: FRANCISCO PAULA DE SOUZA
Convenio.....: SUS - SIA
Medico Solic.....: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

Laudos

Exames

MÃO EM DUAS INCIDENCIAS

Raio X de mão direita (AP e perfil)

Laudos:

- Fratura oblíqua na diáfise do 4º metacarpo.
- Aumento de partes moles na mão.

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS:

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

FISIOTERAPIA
CREFITO 213301F

~~Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior~~

Ortopedia e Traumatologia
Cremec: 4920

DR. HERNANI CAMPOS

CIRURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA

CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE FRANCISCO PAULA DE SOUZA SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 2/9/2016 COM FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO D, E FOI TRATADO CONSERVADORAMENTE, ATUALMENTE CONSOLIDADO PORÉM COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO QUARTO DEDO DA MÃO D, E ESTAR DE ALTA DEFINITIVO DO TRATAMENTO ORTOPEDICO

SOBRAL 16 DE AGOSTO DE 2018



Dr. Jose Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06



MULTIMED

DR. EDSON LOPES
ORTOPEDIA
CRM-CE 4920

DR. HERNANI CAMPOS
ORTOPEDIA
CRM-CE 4920

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA
FISIOTERAPIA
CREFITO 213301F

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Mons. Aloisio Pinto 300 - D. Expedite 1 - Sobral-CE - CEP: 62.091-256
☎ 9 9811.0624 (TIM) • ☎ 9 9231.5122 (CLARO) • ☎ 9 8103.4346 (VIVO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO PERSONAL E PERÍCIA FOTOGRAFICA

Polgar Direto



Francisco Paula de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008105148 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/02/2012

NOME
FRANCISCO PAULA DE SOUZA

FILIAÇÃO
**JOSÉ PEDRO DE SOUZA
JACINTA PAULA DE SOUZA**

NATURALIDADE
MASSAPÉ - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/02/1969

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MUMBABA TERMO: 418 FOLHA: 193
LIVRO: A02 MASSAPÉ - CE

CPY

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 79

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

VITIMA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

Ac



Victima

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
INTERMUNICIPAL DE FORTALEZA

VALIDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497615130

PROIBIDO PLASTIFICAR 1497615130

CEARA

Nome: CARLO GIOVANI MARQUES LINO

Doc. Expediente / Org. Expediente: 058109 MTB CE

CPF: 284.193.913-07 Data de Nascimento: 15/04/1967

Residência: JOSE LINO BARBOSA

Profissão: FARMACIA VALDENIR MARQUES LINO

Registro: 04286328789 Data de Emissão: 09/03/2023 15/03/1986

Observações:

SEM OBSERVAÇÃO:

Local: SOBRAL, CE Data de Emissão: 15/03/2018

92681871024 CRI64058109

PRO CUM OUI
DO PROCESSO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012675419763

CLASSE 1067078503
COD. RENAVAM 109800000000
RATRC 2017
EXERCÍCIO 2017

PLACA 02281185303

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

CHASSI 9C2K01650FR209555

CHASSI 9C2K01650FR209555

ESPECIE TIPO 02281185303

PLACA PN15068

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

CE Nº 012675419763 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

02281185303 SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA 02281185303

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017

CHASSI 9C2K01650FR209555

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 21/05/2017



TESTEMUNHA OL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC. REFERÊNCIA / CÓD. EMISSOR UF
2003031009021 SSP CE

CPF
022.811.853-03 DATA NASCIMENTO
26/05/1986

RELAÇÃO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS SOUSA

PERMISSÃO
ACC CATIA
AB

MT. REGISTRO
03791191371 VALIDADE
18/09/2019 1ª HABILITAÇÃO
04/02/2006

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO TITULAR
MOISES DOS SANTOS SOUSA

LOCAL
BOBRAT, CE DATA EMISSÃO
19/09/2014

ASSINATURA DO DETENTOR
19/09/2014 51683484084
CE143822969

DETRAN - CE (CEATRA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
972261190

PROIBIDO PLASTIFICAR
972261190

TRUPNE TAINO DO MOTO
TESTEMUNHA 02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MOISES DOS SANTOS SOUSA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
2003031009021 SSP CE

CPF
022.811.853-03 DATA NASCIMENTO
26/05/1986

FIACAO
JOSE MARQUES DE SOUSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS SOUSA

PERMISSÃO
ACC CATIAH
AD

Nº REGISTRO
03792163371 VALIDADE
18/09/2019 1ª HABILITAÇÃO
04/02/2006

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
MOISES DOS SANTOS SOUSA

LOCAL
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO
19/09/2014

ASSINATURA DO EMISOR
91683484084
CE143622969

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
972261190

PROIBIDO PLASTIFICAR
972261190

TRANSPORTAÇÃO DE MOTO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO. 2018

ASS: _____

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Paiva de Souza, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Autônomo, CI RG nº
2008105148-9, CPF/MF nº 388.459.543-15, residente e domiciliado(a)
à Rua Rua Ver Raimundo Nilo Domizete Coelho, Cidade de
Sobral, Estado Pernambuco, CEP:
62.100-000, telefone (08) 99605-0011, (99) 99477-7532.

OUTORGADO: Lelio Giovanni Marques Boim
CPF sob o nº 284.193.913-87, e
RG sob o número 88399885 com endereço cito à
Rua Frei Mauro, 665, Alto do Asa, na cidade de
Sobral, Estado do Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sobral, 25 de Julho de 20 18.

SIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 AGO, 2018

Francisco Paiva de Souza

OUTORGANTE

