

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 entre 16 e 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	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Marcos Aurélio Uchoa</i>	CPF titular da conta <i>513.398.033-72</i>	Profissão <i>Axiolutor</i>
Endereço <i>Rua Boa Vista</i>	Número <i>119</i>	Complemento <i>CS Monte Alegre</i>
Bairro <i>Alt. Iapua</i>	Estado <i>CE</i>	CEP <i>63700-000</i>
Cidade <i>Crato</i>	Telefone (DDD)	
Email		

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 NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
<i>Banco do Nordeste</i>	<i>089</i>
AGÊNCIA NRO.	D/V
<i>089</i>	<i>7</i>
(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.

Crato - CE de *Fevereiro* de *2018*
Local e Data

Daniela Gomes Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Local e data: CRATEUS, 12 de agosto de 2011.

Agência: 089 - CRATEUS

Nome do Cliente: MANOEL ARAUJO VERAS

Código do Cliente: 2871988-8

Nº da Conta Poupança: 204371-7

(VIA DO CLIENTE)

20 MAR 2016

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 entre 16 e 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 ASI: 3180132526 CPF da Vítima: 513.398.033-72 Nome completo da vítima: MANOEL ARAUJO UERAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>MANOEL ARAUJO UERAS</u>		CPF titular da conta	<u>513.398.033-72</u>	Profissão	<u>AGRICULTOR</u>
Endereço	<u>POUCADO BOA VISTA</u>		Número	<u>-</u>	Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade	<u>CRATEÚS</u>	Estado	<u>CEARA</u>	CEP
Email					<u>63.700-000</u>	
					Telefone (DDD)	<u>88.99690-3249</u>

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO <u>NORDESTE</u> NRO <u>004</u> AGÊNCIA <u>089</u> D/V <u>2</u> CONTA <u>20.437</u> D/V <u>1</u> (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.

CRATEÚS-CE. 02 de ABRIL de 2018
Local e Data

Danielo Gomes Arth
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 51081-2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 10:21:07**
Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2017 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS**
Nascimento: CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **TEREZINHA GOEMS RODRIGUES**
PEDRO EUGENIO RODRIGUES
Endereço: **SITIO BOA VISTA (MONTE ALEGRE)**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ5382** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD1000GR025378 Renavam: **1081459104** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MANOEL ARAUJO VERAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA ESPECIFICADA E QUE TRAZIA CONSIGO O SEU ESPOSO, MANUEL ARAÚJO VERAS, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE ASSENTAMENTO LIBERDADE (BOA VISTA); QUE AO CHEGAR EM UMA ESTRADA DE TERRA, NO ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO, UM MOTOCICLISTA VINHA EM SUA FRENTE E SINALIZOU QUE IRIA FAZER UM RETORNO À ESQUERDA, PORÉM NÃO O FEZ, OCASIÃO EM QUE A DECLARANTE VEIO A COLIDIR COM TRASEIRA DA OUTRA MOTOCICLETA; QUE VEIO AO SOLO, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE VINHA EM UMA VELOCIDADE CONSTANTE DE 50 KM/H; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO E PÉ ESQUERDOS E SEU ESPOSO SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO E NO PÉ ESQUERDOS; QUE POPULARES SOCORRERAM O CASAL AO HOSPITAL; QUE A PESSOA DE ISRAEL GOMES VERAS, ERA O MOTOCICLISTA QUE ESTAVA A SUA FRENTE E QUE VEIO A TER A TRASEIRA DE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA PELA DECLARANTE, SENDO, POIS, TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS

Kayro Chrysostomo Cavalcanti
Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7



REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/12/2017 10:32:37



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Manuel Gomes Vaz*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

MANUEL AZAUVZAS

Israel Gomes Veros



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbete Cardozo B. Pimentel
Escritório de Registro

20 MAR 2018



06 DEZ. 2017

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial



Rua Cel. Lucio 466 Centro - Curitiba - PR

ESTADO DO Ceará.

COMARCA DE Cratús.

MUNICIPIO DE Crateús.

DISTRITO DE Sede.

Bel. Osvaldo Bezerra do Nascimento.

Oficial do Registro Civil

Certidão de Casamento

CERTIFICO que, sob n.º 5.243- às fls. 210 - - - do livro n.º B-17 - - -
de registro de casamentos, verifiquei constar que no dia 17 de abril - - - de 1996 -
foi feito o casamento de "MANOEL ARAÚJO VERAS & LINDOMAR GOMES RODRIGUES"

pelo regime de Comunhão Parcial de Bens - - - - -
 contraído perante o Juiz a Dra. Maria Marleide Maciel Mendes - - - - -
 e as testemunhas Francisco Regino Araújo Vares e Taciza Martins Torres

Ele, nascido em Cratêus-Ceará - - - - -
aos 20 de janeiro - de 19 75 -, profissão agricultor - - - - -
residente e domiciliado em Boa Vista-Cratêus-Ceará - - - - -
filho de Francisco Franquar Veras e de Rosa Maria de Araújo - - - - -

Ela, nascida em "Boa Vista"-Cratêus-Ceará - - - - -
aos 13 de julho - - de 19 78, profissão estudante - - - - -
residente e domiciliada nesta comarca, - - - - -
filha de Pedro Eugenio Rodrigues e de Terezinha Gomes Rodrigues, - -

a qual passou assinar-se "LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS" - - - - -

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 Nos I, II, III e IV - - - -
do Código Civil Brasileiro.

Observações: NENHUMA

O referido é verdade e Dou fé.

CARTÃO DO 1º. OFÍCIO Cratêus-Ceará - - -, 19 de abril - - - de 19 96-

Titular
r. OSVALDO BEZERRA DO NASCIMENTO

Subtítulos
NIEDYAN MARIA LE V. A. DEZERRA

1º. CARTÃO

Oficial do Registro MARIA V. A. BEZERRA

~~Escrevente Substituto~~

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: Manoel Araújo Veiros CPF da Vítima: 513.398.033-72 Data do Acidente: 21/10/2017.

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.

Quatris-bee de Janeiro de 2018.
Local e Data

Manoel Araújo Veiros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

20 MAR 2018



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 128519	Atendimento 0001	Nome do Paciente MANOEL ARAUJO VERAS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/01/1974	Local CRATEUS/CE		Idade 43 Ano(s)	
Pai FRANCISCO FRANCOAR VERAS	Mãe ROSA MARIA ARAUJO VERAS			
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MANOEL ARAUJO VERAS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 22:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação / / às hs	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	----------------------------------	--

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

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

Após queda de moto

crânio em MIT

Co. limpo + anelido

Voltaram D. Aus + Abem 22:40

Atendimento Serviço
15482/CE
CRM 15482

Atendimento

20/10/2017

15:482

João Victor
Médico
CRM 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS

Nº DO CLIENTE
5253307-7
 Para agilizar seu atendimento, utilize o AP acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 04.047.051/0001-70 | CGF 05.105.946-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 492008865
 Rota 25 38002 02 191000 - 9 Data de Emissão 09/09/2017
 Nome LINDOMAR GOMES RODRIGUES S
 End. Postal PV BOA VISTA 00000 CS FORTALEZA ALEGRE
 DT IRAPUA - CRATEUS - 63700-000
 Medidor 23535611 Poste 0000 0000
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 948377833-68 CGF
 Nome do Responsável

DATAS
 Mês de Referência Set/2017 Data de Apresentação 09/09/2017 Previsão Próxima Leitura 09/10/2017
INÍCIO DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunta CRATEUS Mês Jul/2017 Valor R\$ 41,75
 Padrão Individual DICI = 6,00 P

ICMS			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC 11,00	22,00	44,00
			FIC 7,55	15,10	30,20
			DMIC 5,90		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6FCC.A708.A81A.7588.A85A.7649.55B4.1BE3

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9913	9645	1,00	268	0,00		0,10	26,80
09/09/17	08/08/17		32 1145		268		102,27
VALOR CONSUMO DO MÊS							102,27
MULTA MORATORIA REF 06/2017							1,46
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA							7,75

RECEBIDO
 14 OUT. 2017
 CONFÉRMICAÇÃO

VENCIMENTO 25/10/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 103,73

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	41,74
Transmissão	4,77
Distribuição	22,42
Encargos Setoriais	11,22
Tributos (ICMS PIS/COFINS/...)	6,12
TOTAL	102,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

208	268	201	265	192	183	180	239	165	272	151	242	141
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
115,83	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada.
 06 DEZ. 2017
 de verdade
 Silvana Barreto Cavalcante-Oficial
 Fabiana Barreto Cavalcante-Substituto
 VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

RECIBIDO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
CNPJ 07.047.251/0001-70 C.G.F. 06.105.848-3
Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135 040 Fortaleza(CE)

Nota Fiscal Digital B
Série Única - 1
NÚMERO

DADOS DA ENTREGA

ENDEREÇO RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS
BARRIO CENTRO
MUNICÍPIO CRATEUS

CEP
ESTADO:

RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVA

CENTRO OPERATIVO

CRATEUS

Nº DO CLIENTE 6567453 - 7

ROTA: 011.038000.023.00249551

CLASSIFICAÇÃO: 01-RESIDENCIAL,
MONOFASICA

MUNICÍPIO CRATEUS

NOME DANILO GOMES ARTUR

ENDEREÇO RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS - CENTRO

CEP

DOC 005 C.P.F. 873.649.133-00

SEQUENCIAL 14

GRANDEZA

CÁLCULOS

Mês/Ano

Vencimento

Cons. kWh

Valor em R\$

01/2018

24/01/2018

92

90,82

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 90,82



COMPROVANTE ENEL

Nº DO CLIENTE 6567453-7

RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA

MUNICÍPIO CRATEUS

ROTA 011.038000.023.00249551 TOTAL A PAGAR 90,82

838000000000-9 90820031000-6 00065674530-4 00141445218-4



RECIBIDO

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 Danilo Gomes Artur inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Araújo Ueno inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033/72 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Manoel Araújo Ueno, inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033/72, 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 <u>10q. São Romeu</u>		Número	Complemento
Bairro <u>Cratius</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado	CEP <u>63.700-000</u>
Email <u>santosdeboras21@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>88.9.9690-3249</u>	<u>88.9.9136-7264</u>	

Cratius de 03 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Danilo Gomes Artur
Assinatura do Declarante





Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 128519	Atendimento 0001	Nome do Paciente MANOEL ARAUJO VERAS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/01/1974	Local CRATEUS/CE			Idade 43 Ano(s)
Pai FRANCISCO FRANCOAR VERAS		Mãe ROSA MARIA ARAUJO VERAS		
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 92307929
Responsável MANOEL ARAUJO VERAS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 22:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	-----------------------------------	--

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

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

Refere queda de moto

crânio em MTE

Co: limpo + anóxico

Voluntariedade de Ans + Abem 22:40

Anf. Médico Serviço
Dr. João Victor
CRM 15482



Dr. João Victor

João Victor
Médico
CRM 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM, 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS

MINISTÉRIO DA ECONOMIA,
FAZENDA E PLANEJAMENTO

CIC

513356033 72

MANOEL ARAÚJO VERAS

20.0174

MANOEL ARAÚJO VERAS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA DEFESA PÚBLICA
SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

MANOEL ARAÚJO VERAS

6-1

510-55114

Autêntico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

de veracidade:

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

510-55114

Autêntico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

de veracidade:

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

VÁLIDO EM TODOS OS TERRITÓRIOS DO BRASIL

SELO CARTEÃO E O ORIGINAL DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº: 30360/1383

30360/1383

11/103/192

ARF - CRATEUS

92773366

2197082-91

11-12-81

MANOEL ARAÚJO VERAS

Francisco Francisco Veras

Rosa Maria de Araújo

20-01-2-374

Cart. Crateus

11 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
<p>1097118110</p> <p>VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS</p>	<p>NOME</p> <p>DANILO GOMES ARTUR</p>	<p>DIGIT. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF</p> <p>336987699 SSP CE</p>	
		<p>CPF</p> <p>873.649.133-00</p>	<p>DATA NASCIMENTO</p> <p>05/01/1981</p>
		<p>RESIDÊNCIA</p> <p>JOSE ARTUR SOERINHO</p>	
		<p>MARIA DE FATIMA GOMES ARTUR</p>	
		<p>PERMITE</p> <p>ACC</p> <p>CÁD. HAB</p> <p>AB</p>	
	<p>1ª EMISSÃO</p> <p>06098678915</p>	<p>VALIDADE</p> <p>08/10/2018</p>	
		<p>1ª RENOV. DATA</p> <p>29/04/2014</p>	
<p>1097118110</p> <p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p>	<p>OBSERVAÇÃO</p> <p>SEM OBSERVAÇÃO</p>		
	<p><i>Daniilo Gomes Artur</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>		
	<p>LOCAL</p> <p>PORTALEZA, CE</p>	<p>DATA EMISSÃO</p> <p>29/04/2015</p>	
	<p><i>For. Val. - F. A.</i></p> <p>17327043464</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>CE147302307</p>		
	<p>DET. TRAN. CE - CARRA</p>		

20 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013195759801
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 01 01031459104 R.N.T.R.G. EXERCÍCIO
FET 01 01031459104 0000000000 2017

NOME: MANOEL GERALDO VERRAS
CRATELUS

PLACA ANT / UF: 51339803372 / CE
CHASSI: 9C2KD10003R025378

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO AP.LIC.
COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/14XR 160 BRDS
ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016
CAP / POT / CL: 2P/OCV/162CC
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1º
FAIXA IPIVA: 2º
PARCELAMENTO / COTAS: 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$): 31,29
IDF (R\$): 0,7
PREMIO TOTAL (R\$): 31,99

DATA DE PAGAMENTO: 05/04/2017

LOCAL: CRATELUS
SUPERINTENDENTE: Igor Ponte
DETRAN-CE

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

CE Nº 013195759801 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 05/04/2017
VIA: 01
RENAVAM: 51339803372
PLACA: PMQ5382
MARCA / MODELO: HONDA/14XR 160 BRDS
ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2016
CHASSI: 9C2KD10003R025378

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$): 31,29
DENATRA (R\$): 9,03
CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
IDF (R\$): 0,7
TOTAL EMITIDO PELA SEGURADORA (R\$): 135,45
DATA DE QUITAÇÃO: 31/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD10E0G025391



06 DEZ. 2017

Em Test. de verdade

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180132526 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL ARAUJO VERAS **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES DIFUSAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CLÍNICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

PROCURAÇÃO

Outorgante: MANOEL ARAUJO VERAS, brasileiro(a), estado civil **casado**, profissão **Agricultor**, residente e domiciliado à **Pov. Boa Vista, s/nº., bairro zona Rural, Município de Crateús, Estado de(o) CE., Cep.:63.700-000**, portador(a) do RG nº. **2197082-91**, SSP/CE. e CPF nº. **513.398.033-72**.

Outorgado: DANILO GOMES ARTUR, brasileiro (a), estado civil **solteiro**, profissão **Autônomo**, residente e domiciliado (a) à **Rua Dr. João Tomé, nº 1263, bairro: Fátima I Município de Crateús, Estado de (o) CE. Cep.: 63700-000**, portador (a) do RG nº **336987699** SSP/CE, e CPF nº **873.649.133-00**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) : **MANOEL ARAUJO VERAS**, ocorrido em **21/10/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Crateús-Ce., 22 de Dezembro de 2017.

CARTÓRIO
MARTINS

MANOEL ARAUJO VERAS

Outorgante
CPF Nº. **513.398.033-72**



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Como</u>
<u>Manoel Araújo Veras</u>
<u>Manoel Araújo Veras</u>
_____ Dou fé.
Crateús <u>10 JAN 2018</u> / _____
Em testemunho <u>da</u> da verdade
<u>Edmar Albuquerque Nascimento</u>

10 JAN 2018

CARTÓRIO MARTINS
Bel Edmar Albuquerque Nascimento
Instituto Legal - CRA/480
Crateús - Ceará

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 entre 16 e 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: 513.398.033-72 Nome completo da vítima: MANOEL ARAUJO VERAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>MANOEL ARAUJO VERAS</u>	CPF titular da conta	<u>513.398.033-72</u>	Profissão	<u>AGRICULTOR</u>
Endereço	<u>POUCADO BOA VISTA, DT DE JRAPUA</u>	Número	<u>513</u>	Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade	<u>CRATEÚS</u>	Estado	<u>CEARA</u>
Email		CEP	<u>63.700-000</u>	Telefone (DDD)	<u>(88) 99968-0286</u>

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 NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BANCO DO NORDESTE NRO. 004
 AGÊNCIA NRO. 089 D/V 2 CONTA NRO. 20.437 D/V 1
 (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.

CRATEÚS-CE de 25 de MAIO de 2018
 Local e Data

MANOEL ARAUJO VERAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 51981-2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 10:21:07**
Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2017 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS**
Nascimento: CPF: UF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **TEREZINHA GOEMS RODRIGUES**
PEDRO EUGENIO RODRIGUES
Endereço: **SITIO BOA VISTA (MONTE ALEGRE)**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ5382** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KD1000GR025378** Renavam: **1081459104** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2016** Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL ARAUJO VERAS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA ESPECIFICADA E QUE TRAZIA CONSIGO O SEU ESPOSO, MANUEL ARAUJO VERAS, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE ASSENTAMENTO LIBERDADE (BOA VISTA); QUE AO CHEGAR EM UMA ESTRADA DE TERRA, NO ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO, UM MOTOCICLISTA VINHA EM SUA FRENTE E SINALIZOU QUE IRIA FAZER UM RETORNO À ESQUERDA, PORÉM NÃO O FEZ, OCASIÃO EM QUE A DECLARANTE VEIO A COLIDIR COM TRASEIRA DA OUTRA MOTOCICLETA; QUE VEIO AO SOLO, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE VINHA EM UMA VELOCIDADE CONSTANTE DE 50 KM/H; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO E PÉ ESQUERDOS E SEU ESPOSO SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO E NO PÉ ESQUERDOS; QUE POPULARES SOCORRERAM O CASAL AO HOSPITAL; QUE A PESSOA DE ISRAEL GOMES VERAS, ERA O MOTOCICLISTA QUE ESTAVA A SUA FRENTE E QUE VEIO A TER A TRASEIRA DE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA PELA DECLARANTE, SENDO, POIS, TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS

Kayro Chrysostomo Cavalcanti
Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7



22 DEZ 2017
REGIONAL DE CRATEUS

CARTÃO
3º Oficial Registrado
Volante Condutor
Escrivão Auxiliar





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Manuel Azaúso Vaz

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

MANUEL AZAÚSO VAZ

Israel Gomes Veros



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbene Cordozo B. Pimentel
Escritório Alineza

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso em: 20/12/2017 10:32:37



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

MANOEL ARAÚJO VIEIRA

CPF da Vítima

513.398.033-72

Data do Acidente

21.10.2017

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 à 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.

CRATEUS-REIS de MAIO de 2018

Local e Data

MANOEL ARAÚJO VIEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 21/10/2017 22:25

Página 1
v201709

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 128519	Atendimento 0001	Nome do Paciente MANOEL ARAUJO VERAS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado:			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/01/1974	Local CRATEUS/CE		Idade 43 Ano(s)	
Pai FRANCISCO FRANCOAR VERAS	Mãe ROSA MARIA ARAUJO VERAS		UF CE	Telefone 88 92307929
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MANOEL ARAUJO VERAS	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 22:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/UF 15482/CE			Tipos Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Referido quadro de morte

Exame em ME

Co. limpo + anelido.

Voltaram O Ano m Abem 22:40

Anf. Médico Serviço
100% de Presença
Cópia em 100%

100% de Presença

15.482

João Victor
Médico
CRM: 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS

RECEBIDO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 524038309

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
MAI/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
5253307 DV 7VENCIMENTO
25/05/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
54,31

DADOS DO CLIENTE

Rota 25 038002 02 0191000 Medidor 23535611 Poste 0000 0
Nome LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS 23535611
Endereço PostalEnd. da Unidade PV BOA VISTA 00000 CS MONTE ALEGRE IRAPUA CRATEUS
Consumidora 63700000

RG / CPF / CNPJ 948.377.833-68 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 11837 11684 1 153 0 153

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo faixa 0-30 Kwh 153 0,35499 54,31

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 07/05/2018 Prev. Próxima Leitura 07/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FCEF.63D2.5D06.EE8E.7B1E.CE40.326E.3823

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 28,46
TRANSMISSÃO 3,04
DISTRIBUIÇÃO 16,22
ENCARGOS SETORIAIS 4,35
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 2,24

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

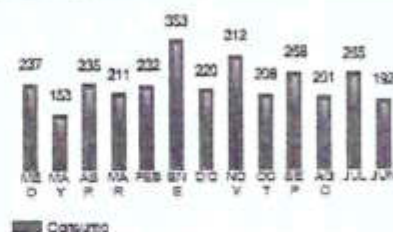
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 33,24

Conjunto CRATEUS

Mês MAR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	2,80 0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	1,00 0,00
DMIC (h)	5,88			0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5253307-7 N° da Nota Fiscal: 524038309 Total a Pagar (R\$): 54,31

Data de Emissão: 25/05/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle: 0005253307 00065 4367 2 20

83880000000-3 54310031000-7 00052533070-4 00654367244-0



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu DANILO GOMES ARZUR inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAMUEL ARAÚJO VERAS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MAMUEL ARAÚJO VERAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, 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	<u>RUA DR. JOÃO ZOMBEI</u>	Número	<u>1379</u>	Complemento	<u>CS ALTOS</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>CRATEUS</u>	Estado	<u>CEARA</u>
Email		CEP	<u>63.700-000</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>1881 99690-3248</u>
		Telefone celular(DDD)	<u>1881 99568-0286</u>		

CRATEUS-CE de MARÇO de 2018
Local e Data

Daniilo Gomes Arzur
Assinatura do Declarante





Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Manoel Araújo Veras**, RG:2197082-91/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 21 de outubro de 2017, no município de Crateús – CE., com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús – CE.

- Com diagnóstico inicial de trauma no membro inferior esquerdo.
- Seguindo tratamento conservador.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior esquerdo.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho esquerdo por possível lesão ligamentar.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho esquerdo.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,

Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959

Crateús, 27 de julho de 2018.



kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal: 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA

CIC

51335E023 72

MANDEL ARAÚJO VERAS

20-0174

MANUEL ARAÚJO VERAS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

6-I

MANUEL ARAÚJO VERAS

Autentico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Autentico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA

30360/1383

11-103192

ARF - GRATEUS

48173966

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

2107052-91

MANUEL ARAÚJO VERAS

Francisca Priscilla Veras

Rosa Maria de Araújo

20-0174

Cart. Oficial

2018

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

NOME
DANILO GOMES ARTUR

NOC EMISSOR / ORG. EMISSOR UF
336987699 SSP CE

CPF
873.649.133-00

DATA NASCIMENTO
05/01/1981

FUNÇÃO
JOSE ARTUR SOBRINHO
MARIA DE FÁTIMA GOMES
ARTUR

PERMISSÃO **ACC** **CADENA**
2015 20

Nº REGISTRO
06058678915

VALIDADE
08/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
29/04/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Daniilo Gomes Artur
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
29/04/2015

1097118110
ASSINATURA DO EMISSOR

17327043464
CE147302307

1097118110



RECURSO CONTRA DECISÃO QUE NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SOB ALEGATIVA DE
QUE NÃO SOU PORTADOR DE INVALIDEZ PERMANENTE

Eu, **MANOEL ARAUJO VERAS**, CPF: 513.398.033-72, vítima de acidente de trânsito ocorrido em 21 de Outubro de 2017, venho apresentar recurso contra decisão exarada pela Seguradora Líder pelos motivos abaixo:

Fui surpreendido ao chegar ao meu conhecimento que meu pedido de indenização havia sido negado por falta de invalidez. Ocorre Sr(a). Analista, que após o acidente sai gravemente lesionado, restando seqüelas permanente em meu **OMBRO ESQUERDO** conforme RELATÓRIO MÉDICO ora em anexo.

Tendo por base que restei com seqüelas permanentes em decorrência do acidente, conforme atesta laudo em anexo, venho requerer seja reaberto meu pedido de indenização, requerendo desde já que seja designada perícia médica em minha pessoa para que seja ratificado o que foi atestado no relatório médico em anexo.

Na certeza de ser prontamente atendido agradeço desde logo.

Crateús/Ce, 25 de Maio de 2018.

Muito Atenciosamente,

MANOEL ARAUJO VERAS



PROCURAÇÃO

Outorgante: MANOEL ARAUJO VERAS, brasileiro(a), estado civil **casado**, profissão **Agricultor**, residente e domiciliado à **Pov. Boa Vista, s/nº., bairro zona Rural, Município de Crateús, Estado de(o) CE., Cep.:63.700-000**, portador(a) do RG nº. **2197082-91**, SSP/CE. e CPF nº. **513.398.033-72**.

Outorgado: DANILO GOMES ARTUR, brasileiro (a), estado civil **solteiro**, profissão **Autônomo**, residente e domiciliado (a) à **Rua Dr. João Tomé, nº 1263, bairro: Fátima I Município de Crateús, Estado de (o) CE. Cep.: 63700-000**, portador (a) do RG nº **336987699** SSP/ CE, e CPF nº **873.649.133-00**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) : **MANOEL ARAUJO VERAS**, ocorrido em **21/10/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Crateús-Ce., 22 de Dezembro de 2017.

CARTÓRIO
MARTINS

MANOEL ARAUJO VERAS

Outorgante
CPF Nº. **513.398.033-72**



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S)	<i>Manoel Araújo Veras</i>
	<i>Dou fé.</i>
Crateús	<i>10 JAN 2018</i>
Em testemunho	<i>da verdade</i>

CARTÓRIO MARTINS
Bel. Edmar Albuquerque Nascimento
Instituto Legal - CRA/480
Crateús - Ceará



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 entre 16 e 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: 513.398.033-72 Nome completo da vítima: MANOEL ARAUJO VERAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>MANOEL ARAUJO VERAS</u>	CPF titular da conta	<u>513.398.033-72</u>	Profissão	<u>AGRICULTOR</u>
Endereço	<u>POUCADO BOA VISTA, DT DE JRAPUA</u>	Número	<u>513</u>	Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade	<u>CRATEÚS</u>	Estado	<u>CEARA</u>
Email		CEP	<u>63.700-000</u>	Telefone (DDD)	<u>(88) 99968-0286</u>

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 NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BANCO DO NORDESTE NRO. 004
 AGÊNCIA NRO. 089 D/V 2 CONTA NRO. 20.437 D/V 1
 (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.

CRATEÚS-CE de 25 de MAIO de 2018
 Local e Data

MANOEL ARAUJO VERAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 51981-2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 10:21:07**
Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2017 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS**
Nascimento: CPF: UF:
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **TEREZINHA GOEMS RODRIGUES**
PEDRO EUGENIO RODRIGUES
Endereço: **SITIO BOA VISTA (MONTE ALEGRE)**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ5382** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD1000GR025378 Renavam: **1081459104** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MANOEL ARAUJO VERAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA ESPECIFICADA E QUE TRAZIA CONSIGO O SEU ESPOSO, MANUEL ARAUJO VERAS, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE ASSENTAMENTO LIBERDADE (BOA VISTA); QUE AO CHEGAR EM UMA ESTRADA DE TERRA, NO ASSENTAMENTO DOM FRAGOSO, UM MOTOCICLISTA VINHA EM SUA FRENTE E SINALIZOU QUE IRIA FAZER UM RETORNO À ESQUERDA, PORÉM NÃO O FEZ, OCASIÃO EM QUE A DECLARANTE VEIO A COLIDIR COM TRASEIRA DA OUTRA MOTOCICLETA; QUE VEIO AO SOLO, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE VINHA EM UMA VELOCIDADE CONSTANTE DE 50 KM/H; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO E PÉ ESQUERDOS E SEU ESPOSO SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO E NO PÉ ESQUERDOS; QUE POPULARES SOCORRERAM O CASAL AO HOSPITAL; QUE A PESSOA DE ISRAEL GOMES VERAS, ERA O MOTOCICLISTA QUE ESTAVA A SUA FRENTE E QUE VEIO A TER A TRASEIRA DE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA PELA DECLARANTE, SENDO, POIS, TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS

Kayro Chrysostomo Cavalcanti
Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7



22 DEZ 2017
REGIONAL DE CRATEUS

CARTÃO
3º Oficial Registrado
Volante Condutor
Escrivão Auxiliar





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Manuel Azaúso Vaz

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

MANUEL AZAÚSO VAZ

6 Israel Gomes Veros



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbena Cordozo B. Pimentel
Escritório Alineza

SAREMI SEGURADORA S/A
11 JUN 2018
Pág. 2 de 2
Impresso em: 20/12/2017 10:32:37
RECEBIMOS

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 517453664

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6567453 DV **7**

VENCIMENTO
23-03-2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
96,83

Rota 11 038000 23 0249551

Medidor

Poste

Nome DANILO GOMES ARTUR

2054725

0000 A38W

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS CENTRO CRATEUS

RG / CPF / CNPJ 873.649.133-00

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 4056 3966 1 90 0 90

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

15/03/2018

16/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FE49.D263.73C0.3087.95DC.9EBF.A7F9.F6B7

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
62,17	27%	16,78

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

0,28

JUROS DO MES

0,74

JUROS DO MES

0,81

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORREÇÃO

0,90

MULTA MORATORIA

1,30

TAXA DE RELIGACAO

7,43

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

23,20

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

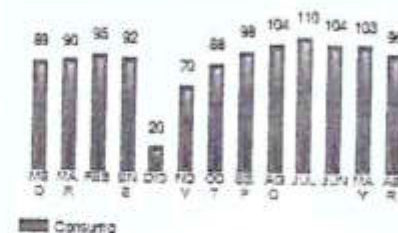
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,70

Conjunto CRATEUS

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6567453-7

N° da Nota Fiscal: 517453664

Total a Pagar (R\$): 96,83

Data de Emissão:

26/03/2018

Referência: MAR/2018

N° de Controle: 0006567453 00038 4348 2 79

83800000000-9 96830031000-1 00065674530-4 00384348218-9



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu DANILO GOMES ARZUR inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAMUEL ARAÚJO VERAS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MAMUEL ARAÚJO VERAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, 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	<u>RUA DR. JOÃO ZOMBEI</u>	Número	<u>1379</u>	Complemento	<u>CS ALTOS</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>CRATEÚS</u>	Estado	<u>CEARÁ</u>
Email		CEP	<u>63.700-000</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>1881 99690-3248</u>
		Telefone celular(DDD)	<u>1881 99568-0286</u>		

CRATEÚS-CE de MARÇO de 2018
Local e Data

Daniilo Gomes Arzur
Assinatura do Declarante





Dr. Kleiber
S. Cáceres Morales

CRM 12959

RELATORIO MEDICO

Atesto para fins do seguro DPVAT, que **Manoel Araújo Veras**, RG:2197082-91/SSP/CE, com relato de ter se envolvido em acidente de trânsito, no dia 21 de outubro de 2017, no município de Crateús – CE., com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús – CE.

- Com diagnóstico inicial de trauma no membro inferior esquerdo.
- Seguindo tratamento conservador.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que o Autor encontra-se em alta definitiva na data de hoje e apresenta dano anatômico ou funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreparáveis:

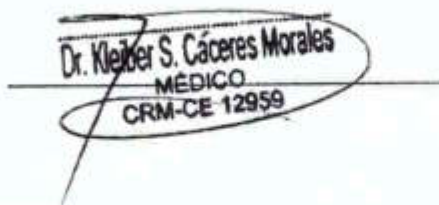
- Refere dor e dificuldade para a movimentação do membro inferior esquerdo.
- Apresenta limitação funcional para a extensão total do joelho esquerdo por possível lesão ligamentar.

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão – Região corporal (seqüela): Joelho esquerdo.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,


Dr. Kleiber S. Cáceres Morales
MÉDICO
CRM-CE 12959



Crateús, 27 de julho de 2018.

kleibercm@hotmail.com
Caixa Postal, 09 - CEP: 63.700-970
Crateús - Ceará

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA

CIC

51335E023 72

MANDEL ARAÚJO VERAS

20-0174

MANUEL ARAÚJO VERAS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

6-I

MANUEL ARAÚJO VERAS

Autentico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Autentico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.

06 DEZ. 2017

CRATEUS - CE

☐ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA

30360/1383

11-103192

ARF - GRATEUS

48173966

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

2107052-91

MANUEL ARAÚJO VERAS

Francisca Cavalcante Veras

Rosa Maria de Araújo

20-0174

Cart. Oficial

2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME DANILLO GOMES ARTUR	
<div> <div> DOC EMITIDOR / CDS EMISSOR UF 336987699 SSP CE </div> <div> CPF 873.649.133-00 </div> <div> DATA NASCIMENTO 05/01/1981 </div> </div>	
<div> <div> FUNÇÃO JOSE ARTUR SOBRINHO </div> <div> MÁRIA DE FÁTIMA GOMES ARTUR </div> </div>	
<div> <div> PERMISSÃO </div> <div> ACC </div> <div> CATEGORIA A2 </div> </div>	
<div> <div> Nº REGISTRO 06058678915 </div> <div> VALIDADE 08/10/2018 </div> <div> 1ª HABILITAÇÃO 29/04/2014 </div> </div>	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
<div> <div> Assinatura do Portador Danillo Gomes Artur </div> <div> LOCAL FORTALEZA, CE </div> <div> DATA EMISSÃO 29/04/2015 </div> </div>	
<div> <div> Assinatura do Emissor </div> <div> 17327043464 </div> <div> CE147302307 </div> </div>	
<div> <div> PROIBIDO PLASTIFICAR </div> <div> 1097118110 </div> </div>	



RECURSO CONTRA DECISÃO QUE NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SOB ALEGATIVA DE
QUE NÃO SOU PORTADOR DE INVALIDEZ PERMANENTE

Eu, **MANOEL ARAUJO VERAS**, CPF: 513.398.033-72, vítima de acidente de trânsito ocorrido em 21 de Outubro de 2017, venho apresentar recurso contra decisão exarada pela Seguradora Líder pelos motivos abaixo:

Fui surpreendido ao chegar ao meu conhecimento que meu pedido de indenização havia sido negado por falta de invalidez. Ocorre Sr(a). Analista, que após o acidente sai gravemente lesionado, restando seqüelas permanente em meu **OMBRO ESQUERDO** conforme RELATÓRIO MÉDICO ora em anexo.

Tendo por base que restei com seqüelas permanentes em decorrência do acidente, conforme atesta laudo em anexo, venho requerer seja reaberto meu pedido de indenização, requerendo desde já que seja designada perícia médica em minha pessoa para que seja ratificado o que foi atestado no relatório médico em anexo.

Na certeza de ser prontamente atendido agradeço desde logo.

Crateús/Ce, 25 de Maio de 2018.

Muito Atenciosamente,

MANOEL ARAUJO VERAS



PROCURAÇÃO

Outorgante: MANOEL ARAUJO VERAS, brasileiro(a), estado civil **casado**, profissão **Agricultor**, residente e domiciliado à **Pov. Boa Vista, s/nº., bairro zona Rural, Município de Crateús, Estado de(o) CE., Cep.:63.700-000**, portador(a) do RG nº. **2197082-91**, SSP/CE. e CPF nº. **513.398.033-72**.

Outorgado: DANILO GOMES ARTUR, brasileiro (a), estado civil **solteiro**, profissão **Autônomo**, residente e domiciliado (a) à **Rua Dr. João Tomé, nº 1263, bairro: Fátima I Município de Crateús, Estado de (o) CE. Cep.: 63700-000**, portador (a) do RG nº **336987699** SSP/ CE, e CPF nº **873.649.133-00**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) : **MANOEL ARAUJO VERAS**, ocorrido em **21/10/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Crateús-Ce., 22 de Dezembro de 2017.

CARTÓRIO
MARTINS

MANOEL ARAUJO VERAS

Outorgante
CPF Nº. **513.398.033-72**



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S)	<i>Manoel Araújo Veras</i>
	<i>Dou fé.</i>
Crateús	<i>10 JAN 2018</i>
Em testemunho	<i>da verdade</i>

CARTÓRIO MARTINS
Bel. Edmar Albuquerque Nascimento
Instituto Legal - CRA/480
Crateús - Ceará

