

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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>Manoel Araujo Ulios</i>	CPF titular da conta <i>513.398.033-72</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
Enderesp <i>Pai Boa Vista</i>	Número <i>Sine</i>	Complemento <i>CS Monte Alegre</i>
Bairro <i>OT. Itapuã</i>	Cidade <i>Cratui</i>	Estado <i>CE</i>
Email	CEP <i>63700-000</i>	Telefone (DDD)

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"/> RECLUSO INFORMAR	<input 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

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

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

AGÊNCIA NRO. <i>Brasile do Nordeste</i>	D/V <i>289</i>	CONTA NRO. <i>089</i>	D/V <i>7</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <i>Brasile do Nordeste</i>	NRO. <i>289</i>
AGÊNCIA NRO. <i>089</i>	D/V <i>7</i>
CONTA NRO. <i>509371</i>	D/V <i>7</i>
(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.

Cratui - RJ de Fevereiro de 2018

Local e Data

Danilo Gomes Artes

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)

70 MAR 2016



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 ARAÚJO UERAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MANOEL ARAÚJO UERAS	CPF titular da conta	513.398.033-72	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	POVOADO BOA Vista	Número	-	Complemento	
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	CRATEús	Estado	CE
Email		CEP	63700-000	Telefone (DDD)	88 99690-3249

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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

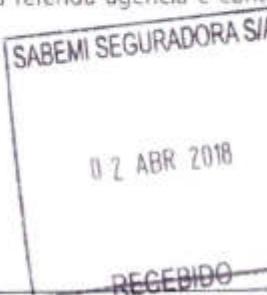
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.C. DV CONTA N.R.C. DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO N.R.C. DV CONTA N.R.C. DV
BANCO DO NORDESTE 004
029 2 20437 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 à Seguradora Lider 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.



Centenário-CE, 02 de Abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 51087/2017

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 Cavalcante

Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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



22/07/2017

CARTOZO
3º Ofício Receptado
Valbene Corrêa
Escrivente

Pág. 1 de 2

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Israel Gomes Veras*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

MANUAL DE AUTENTICIDADE

6 Israel Gomes Veras



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbene Cardozo G. Pimentel
Escrivão de Peça

20 MAR 2018



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

06 DEZ. 2017

Bela Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial
 Fabiana Barreto Cavalcante-Substituta



CARTÓRIO DO 1º. OFÍCIO

PE-05V-103-SEU-PRA-DIA-NASCIMENTO

• 100 •

NICEY, MARI & V. A. BEZERRA

Dr. OSVALDO BEZERRA DO NASCIMENTO Jr.
Rua Getúlio Vargas 466 Centro - Crateús-CE

República Federativa do Brasil

ESTADO DO Ceará.
COMARCA DE Crateús.
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 nº B-17 - - -
de registro de casamentos, verifiquei constar que no dia 17 de abril - - - de 1996 -
foi feito o casamento de "MANOEL ARAÚJO VERRAS E LINDOMAR GOMES RODRIGUES"

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

Ele, nascido em Crateús-Ceará - - - - -
aos 20 de janeiro de 1975, profissão agricultor - - - - -
residente e domiciliado em Boa Vista-Crateús-Ceará - - - - -
filho de Francisco Françuar Veras e de Rosa Maria de Araújo - - -

Ela, nascida em "Boa Vista"-Crato- 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 VERAES" - - - - -
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.

CARTA DO 1º. OFÍCIO Crateús-Ceará - - -, 19 de abril - - - de 19 96-

Titeuf

OSVALDO BEZERRA DO NASCIMENTO

Substitutes

NIEDY MARIA LÉVIA BEZERRA

1°. CARTORIO

Oficial do Registro FESTA MARIA V. A. BEZERRA

Sacramento -- Substitutes

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

513.398.033-72 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 à 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.

Quatuor-26 de Janeiro de 2018.

Local e Data

MANUEL ARAUJO VIEIRAS

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		Mae ROSA MARIA ARAUJO VERAS		UF CE	UF CE	Telefone 88 92307929
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS		
Profissão Responsável MANOEL ARAUJO VERAS	Empresa	Conjugue		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 / / _____		é _____ hs	Type de Saída () Alta	() Internação	() Óbito
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)	

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

Afon quebrou de moto

errou quebra em moto

lo: limpo + analg

Voltarem D/ Ama m 16hs 22:40 ✓

ANP Manoel Serviço
CRM-CE 15482
CORREIO AVA

Manoel Serviço

CRM-CE
15482

João Vitor
Médico
CRM-CE 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

20 MAR 2018
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS

enel		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 Série Lote - 1 NUMERO _____
DADOS DA ENTREGA				
ENDEREÇO	RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS		CEP	
Bairro	CENTRO		ESTADO:	
MUNICÍPIO	CRATEUS		CENTRO OPERATIVO	
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVA				CRATEUS
Nº DO CLIENTE	6567453 - 7	ROTA:	011.038000.023.00249551	CLASSIFICAÇÃO: 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA
MUNICÍPIO	CRATEUS		CEP	
NOOME	DANILO GOMES ARTUR		SEQUENCIA:	14
ENDEREÇO	RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS - CENTRO		DOC 005 C.P.F.	873.649.133-00
ORIGEM DA CONTA		CALCULOS		
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$	
01/2018	24/01/2018	92	90,82	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR: 90,82	
enel RECIBO DE SEGUNDA VIA AGRUPADA-SVA MUNICÍPIO: CRATEUS ROTA: 011.038000.023.00249551 TOTAL A PAGAR: 90,82 N° DO CLIENTE: 6567453-7 83800000000-9 90820031000-6 00065674530-4 00141445218-4				
RECIBO 2018 REC 2018				

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Danilo Gomes Artur inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.699.133/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Araújo Uirós inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033/72, do sinistro de DPVAT cobertura Envelhecido da Vítima Manoel Araújo Uirós, 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	Número	Complemento	
<u>Dr. São Pome-</u>			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Latina L</u>	<u>Ratins</u>	<u>CE</u>	<u>63.300-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>santosdeborass1@hotmail.com</u>	<u>(88) 9.9690-3299</u>	<u>(88) 9.9136-7269</u>	

Bratislava, 03 de Janeiro de 2018.
 Local e Data:

Danilo Gomes Artur

Assinatura do Declarante

28 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		Mae ROSA MARIA ARAUJO VERAS			
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN		Barro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão		Empresa	Cônjugue		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 / / / 85 hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

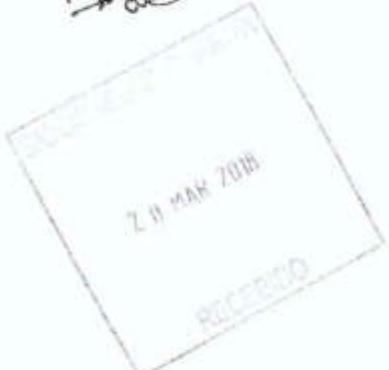
Nefru queido de moto

Errou quei... em mite

Co. limpo + constip

Voltarem D/ Ama m Abem 22:40

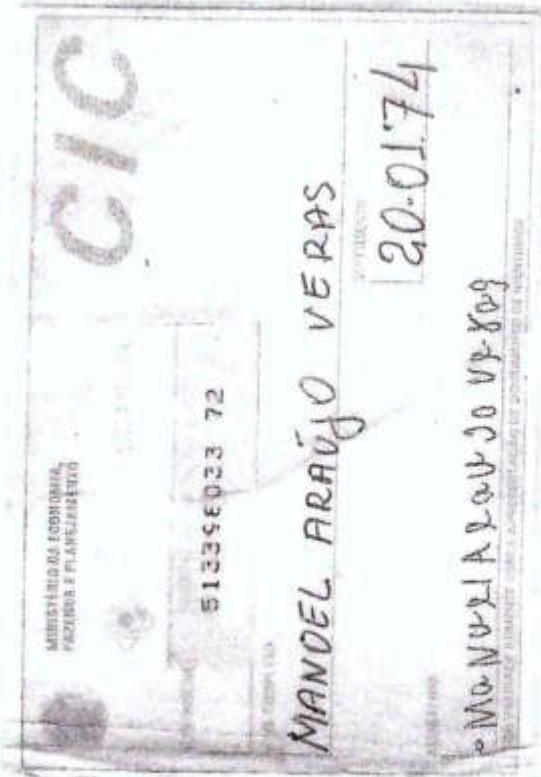
Anf. Manoel Serviço
CRM/CE 15482
CRMEF 40150



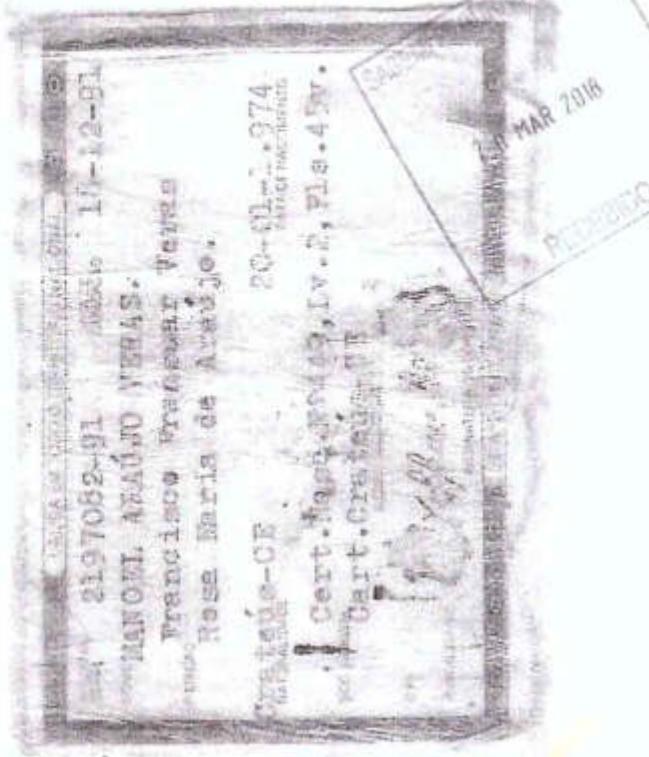
JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

JOAO VICTOR
MÉDICO
CRATEUS/CE

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS



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



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

NOME: DANIEL GOMES ARTUR

DOC. EMISSOR / OEG. INSSC 01
336987699 SSP CE

CPF: 873.649.133-00 DATA NASCIMENTO: 05/01/1981

PALETA: JOSE ARTUR SOBRINHO
MATERIA: MARIA DE FATIMA GOMES
ARTUR

PERIODICO: JCC CACHAS AB

NP REGISTRO: 06058678915 VALIDEZ: 08/10/2018 1ª INFRAÇÃO: 29/04/2014

O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO

VALIDAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura: Daniel Gomes Artur

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 29/04/2015

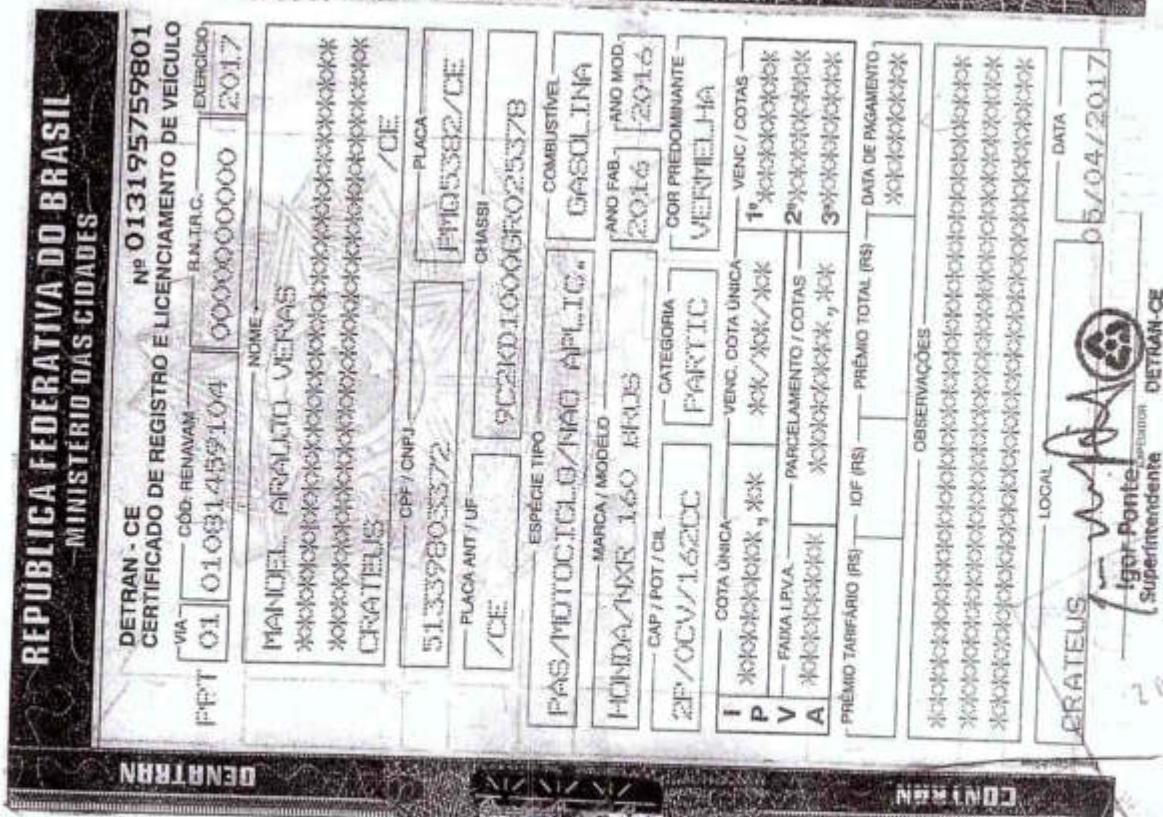
17327043464
CE147302307

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1097118110

20 MAR 2018



CE N° 013195757B01		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/04/2017 CPF / CNPJ 11.333.950.000-32 PLACA FHWQ5332 VIA 01 RENAVAM 0100014591004 MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 ERROS ANO FAB. 2016 CAT. DIRE. 09 Nº CHASSI 9C2KD100003N025373 PRÉMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 31,29 DÉMINATHAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33 CUSTO DO BILHETE (R\$) 49,15 IOP (R\$) 0,97 TOTAL ADEMADA P/ PAGAMENTO (R\$) 135,45 PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input checked="" type="checkbox"/> PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/03/2017 MOTOR: FD10E06025391 CNPJ: 09.248.608/0001-04 DATA: 01/02/2017	

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

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "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.

Outorgante
CPF Nº. **513.398.033-72**



RECONHECO A(S) FIRMA(S) <u>Manoel Araujo Veras</u>	
Dou fé,	
Crateús <u>10 JAN 2018</u>	
Em testemunho <u>Edmar Albuquerque Nascimento</u> da verdade	

10 JAN 2018

CARTÓRIO MARTINS
Bel Edmar Albuquerque Nascimento
Tributário Legal - CRA/480
Centro - Ceara



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 VIEIRAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo	MANOEL ARAUJO VIEIRAS	CPF titular da conta	513.398.033-72	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	POCOCO BOA VISTA, DT DE IRAPUA	Número	57M	Complemento	
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	CRATO	Estado	CE
Email		CEP	63.700-000	Telefone (DDD)	188 99968-0286

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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

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 Name	BNB	NRO.	004
AGÊNCIA NRO.	089	D/V	2
CONTA NRO.	20.437	D/V	3
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 Maio de 2018

Local e Data

MANOEL ARAUJO VIEIRAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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:
Ponto de Referência:

Município: **CRATEUS/CE**

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** CEP: _____
Município: **CRATEUS/CE** Telefone: _____
País: **BRASIL**

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 FRAGROSO, 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 Cavalcante
Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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



CARTÔNEO
3º Ofício Pequeno
Valércio Carvalho
Escrivão de Pol.

Pág. 1 de 2
Impresso em: 20/12/2017 10:32:37

11 JUN 2018

REC/2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Israel Gomes Jeros*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

MANUAL PARA USO VIGAS

6 Israel Gomes Jeros



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbene Cardozo & Pimentel
Escrivães da Delegacia



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 VIEIRAS

CPF da Vítima

513.393.033-72

Data do Acidente

21.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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.

CRATEús-CE-2S de Maio de 2018

Local e Data

EMANUEL ARAÚJO VIEIRAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAÍMO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 21/10/2017 22:25

Página
v201705

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Pronunciado 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	UF CE	
Profissão Responsável MANOEL ARAUJO VERAS	Empresá	Conjugue		Município CRATEUS	
CPF do Responsável	Enderço CAMPO ASSENTAMENTO LIBERDADE, SN				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 22:24	Convênio SUS	Metrícola	CID
Professional 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	Date/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

Refre queijo de moto

Enviou em mit

Co. limpo + constip.

Voltaram 01 Ano m 46m

22.40 ✓

Anf. Mário Sérgio
CRM-CE 15482
COLETA DE FECAS

CRM-CE
15482

João Victor
Médico
CRM-CE 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Liliane Góes Ribeiro
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MANOEL ARAUJO VERAS
RECEBIDO



Esta é a segunda via de

MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5253307 DV **7**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRICAÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo faixa 0-30 Kwh

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **524038309**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 25 038002 02 0191000

Medidor

Poste

Nome LINDOMAR GOMES RODRIGUES VERAS

23535611

0000 0

Endereço Postal

End. 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
----	-------	-------	---	-----	---	-----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FCEF.63D2.5D06.EE8E.781E.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

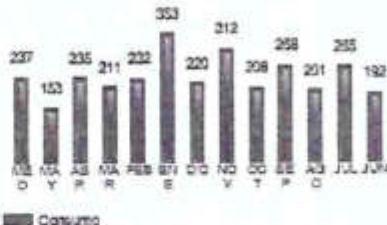
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 33,24

Conjunto CRATEUS

Mês MAR/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **5253307-7** Nº da Nota Fiscal: **524038309** Total a Pagar (R\$): **54,31**

Data de Emissão: **25/05/2018** Referência: **MAI/2018** Nº 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 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 Arzur inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAMOEL Araújo UERAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAMOEL Araújo UERAS, 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	RUA DR. JOÃO TOMÉ, CENTRO	Cidade	Crato/CE	Número	1379	Complemento	CS ALTO'S
Bairro				Estado	CEARÁ	CEP	63.700-000
Email				Telefone comercial (DDD)	1881 90690-3249	Telefone celular (DDD)	1881 93368-0286

Crato/CE-05 de MAYO de 2018
Local e Data

Danilo 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 transito, no dia 21 de outubro de 2017, no municipio de Crateús – CE., com necessidade inicial de atendimento no Hospital municipal de Crateús – CE.

- Com diagnóstico inicial de trauma no membro inferior esquerdo.
- Segundo 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

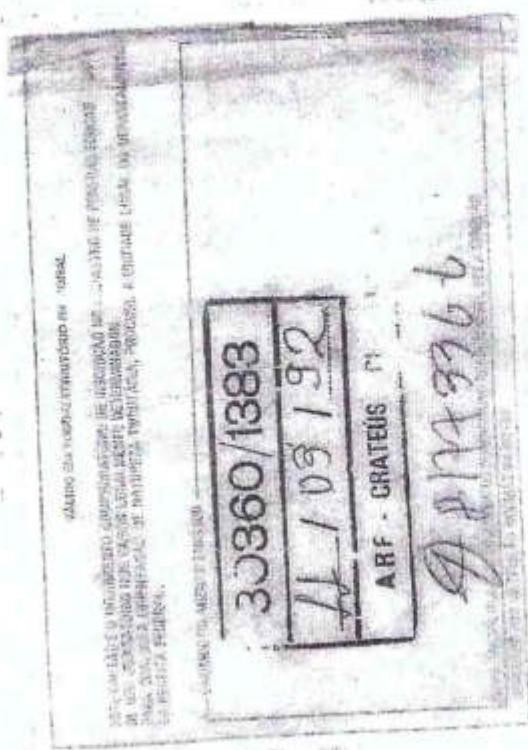
Crateús, 27 de julho de 2018.

SABEMI SEGURADORA S/A

31 JUL 2018

RECEBIDO

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 0131975759B01

PLAQUEANTE / UF	CE	CPF / RENAVAN.	01061459104	AN. FAB.	2017
MARCA / MODELO	HONDA / XRE 150	ESPECIE / CICL.	2P / OCV / 1.62CC	ANO FAB.	2016
CAP / PTO / CIL.	150	CATEGORIA	PARTIC	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
VENC. / COTAS	30K / 30K / 30K	PREMIO TOTAL (R\$)	10F (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
PARCELAMENTO / COTAS	2 ^º 30K / 30K / 30K	PREMIO TANIFARIO (R\$)	10F (R\$)	OBSERVACOES	
VENC. / COTAS	30K / 30K / 30K	PRÉMIO TARIFÁRIO	4, 1, 5	CUSTO DO BILHETE (R\$)	4, 1, 5
FIM DA LVPA.		DEBITANTE (R\$)	81,25	IOF (R\$)	0,7
A		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE VENCIMENTO	13/5/15
				PAGAMENTO	PARCELADO
				COTA ÚNICA	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT

CE Nº 0131975759B01 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

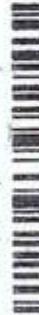
EXERCÍCIO	2012	DATA EMISSÃO	15/04/2012
CPF / CNPJ	51339803372	PLACA	FV1Q53532
REVAMM.	01061459104	MARCA / MODELO	HONDA / XRE 150, EROS
Nº FAB.	2016	CHASSI	9C2KD1000BRO25376
ANO FAB.	2016	DATA DO SEGURO	13/5/15
NO. FAB.	OP	PRÉMIO	4, 1, 5
ANO MODELO	2016	DEBITANTE (R\$)	81,25
MARCA / MODELO	HONDA / XRE 150	CUSTO DO BILHETE (R\$)	4, 1, 5
PLAQUEANTE / UF	CE	IOF (R\$)	0,7
ESPECIE / CICL.	2P / OCV / 1.62CC	DATA DE VENCIMENTO	13/5/15
PLACA	JPMQ5382/CE	PAGAMENTO	PARCELADO
CHASSI	9C2KD1000BRO25376	COTA ÚNICA	
COMBUSTIVEL	GASOLINA	DATA	
VEÍCULO	CRATEUS	LOCAL	
DATA	06/12/2017	DATA	05/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.600/0001-01

LIDE

MOTOR: 4CD1P0E05023791 DATA: 01/02/2020



1 JUN 2018

Superintendente
DETRAN-CE

CRATEUS

06/12/2017

de verdade

**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, vitima de acidente de transito 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 pericia 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.

Outorgante
CPF Nº. 513.398.033-72

MANOEL ARAUJO VERAS

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

Edmar Albuquerque Nascentes

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 VIEIRAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo	MANOEL ARAUJO VIEIRAS	CPF titular da conta	513.398.033-72	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	PEDRADO BOA VISTA, DT DE IRAPUA	Número	57M	Complemento	
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	CRATO	Estado	CE
Email		CEP	63.700-000	Telefone (DDD)	188 99968-0286

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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

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 Name NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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 Lider 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 Maio de 2018

Local e Data

MANOEL ARAUJO VIEIRAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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:
Ponto de Referência:

Município: **CRATEUS/CE**

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** CEP: _____
Município: **CRATEUS/CE** Telefone: _____
País: **BRASIL**

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 FRAGROSO, 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 Cavalcante
Escrivão de Polícia Civil

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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



CARTÔNEO
3º Ofício Pequeno
Valércio Carvalho
Escrivão de Pol.

Pág. 1 de 2
Impresso em: 20/12/2017 10:32:37

11 JUN 2018

RECUSADO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 5108 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Israel Gomes Jeros*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

MANUAL PARA USO VIGAS

6 Israel Gomes Jeros



22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valbene Cardozo & Pimentel
Escrivães da Delegacia





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 DB 105.B48-S

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	6567453	DV	7
---------------	---------	----	---

VENCIMENTO

23/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

96,83

Rota 11 038000 23 0249551
 Nome DANILo GOMES ARTUR
 Endereço Postal

Medidor
 2054725

Poste
 0000 A3BW

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. Proxim. Leitura
----------------------------------	--------------------------

15/03/2018 16/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Calculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
-----------------------	----------	------------------

62,17 27% 16,78

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS	
CORRECAO MONETARIA DO MES	
JUROS DO MES	0,28
JUROS DO MES	0,74
QUOTA PROPORCIONA PARCEL MULTA JUROS CORRECAO	0,81
MULTA MORATORIA	0,90
TAXA DE RELIGACAO	1,30
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO	7,43
	23,20

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

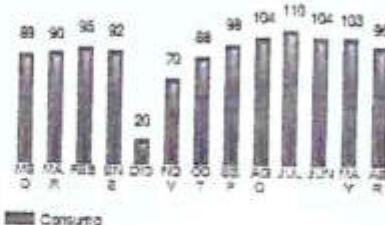
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,70

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)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 6567453-7 Nº da Nota Fiscal: 517453664 Total a Pagar (R\$): 96,83
 Data de Emissão: 26/03/2018 Referência: MAR/2018 Nº 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 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 Arzur inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAMOEL Araújo UERAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.398.033 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAMOEL Araújo UERAS, 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	RUA DR. JOÃO TOMÉ, CENTRO	Cidade	Crato/CE	Número	1379	Complemento	CS ALTO'S
Bairro				Estado	CEARÁ	CEP	63.700-000
Email				Telefone comercial (DDD)	1881 90690-3249	Telefone celular (DDD)	1881 93368-0286

Crato/CE-05 de MAYO de 2018
Local e Data

Danilo Gomes Arzur
Assinatura do Declarante



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 transito, 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.

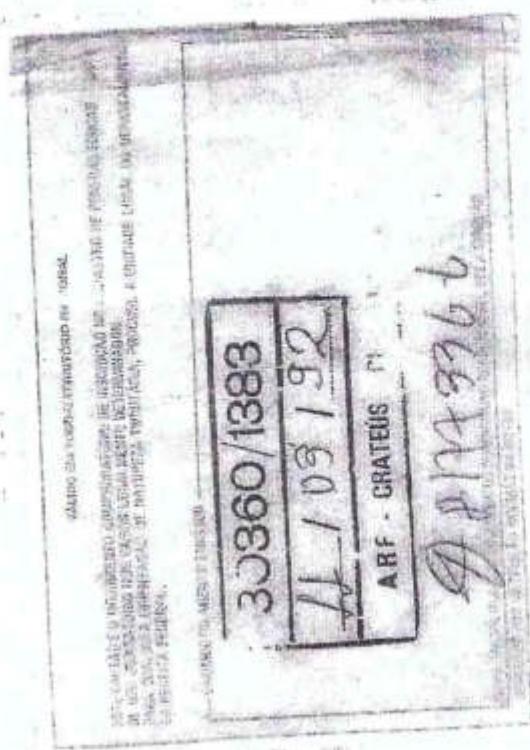
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% intensa () 100% completa.

Atenciosamente,

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



Crateús, 27 de julho de 2018.





**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, vitima de acidente de transito 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 pericia 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.

Outorgante
CPF Nº. 513.398.033-72

MANOEL ARAUJO VERAS

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

Edmar Albuquerque Nascentes

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

