

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MICHAEL LIMA FEITOSA

**Nº Sinistro:** 3180230664

**Vitima:** MICHAEL LIMA FEITOSA

**Data do Acidente:** 02/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOKARLA DIOGO LEITAO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180230664**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** MICHAEL LIMA FEITOSA

**Nº Sinistro** 3180230664

**Vitima:** MICHAEL LIMA FEITOSA

**Data do Acidente:** 02/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOKARLA DIOGO LEITAO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180230664**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **02/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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

038-055-433-01

Nome completo da vítima

Michael Viana Felisosa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Michael Viana Felisosa

CPF titular da conta

038-055-4550-1070-000

Profissão

Desenvolvimento

Endereço

Rua 100, nº 100, apto A

Número

100

Bairro

Jardim

Cidade

Goiânia

Estado

GO

Email

Complemento

83 700-000

CEP

Telefone (DDD)

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**
 RECLUSO 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

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CEF (001) ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NÚM.

CONTA

NÚM.

DV

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NOME

DV

AGENCIA

NÚM.

CONTA

NÚM.

DV

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito 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.

21/05/2018 de 03 de 15  
 Local e Data

Michael Viana Felisosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACMIA ESPECIFICADA E TRAZIDA COMO PASSAGIERA A PESSOA DE ANA LIVIA MARIA MACEDO E CAMPOS, NO LOCAL SUPRA; QUE AO FAZER UMA CONVERSÃO A ESQUERDA, QUANDO VINHA A UMA VELOCIDADE MÉDIA DE 40 KM/H, ACABOU DERRAPANDO O PNEU DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA, VINDO AO SOLO, JUNTAMENTE COM ANA LIVIA, QUE PERCBEU QUE ANA LIVIA HAVIA SOFRIDO ESCORIACOES POR TODO O CORPO E QUE O MESMO SOFRERA EXPOSTA NO TORNOCOLO ESQUERDO; QUE ANA LIVIA TAMBÉM SOFRERA FRATU. EXPOSTA NO TORNOCOLO; QUE O DECLARANTE E A PASSAGIERA FORMAM SOCORRIDOS POR POPULARES; QUE TEM COMO TESTEMUNHA DOS FATOS ACMIA NARRADOS A PESSOA DE ITALO KAIRO DA SILVA MACEDO SOARES, RESIDENTE NA RUA JUVENAL GALENO, 1059, SAO PAULO, SP, BRASIL.

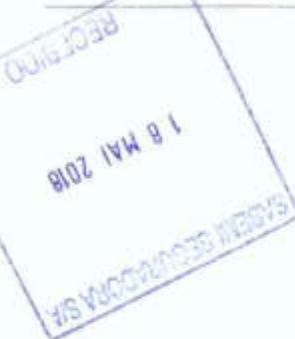
### HISTÓRICO

Nome: ANA LIVIA MARIA MACEDO E CAMPOS	
Data / Hora da Comunicação: 14/03/2018 17:10:50	
Endereço da Documento: AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO X RUA MOURA CRATES/CE	
Bairro: CRATES/CE	
Município: CRATES/CE	
Ponto de Referência:	
Complemento:	
Data / Hora da Documento: 02/11/2017 12:40:00	
Endereço da Documento: AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO X RUA MOURA CRATES/CE	
Bairro: CRATES/CE	
Município: CRATES/CE	
Ponto de Referência:	
Complemento:	
Data / Hora da Documento: 02/11/1999	
Endereço da Documento: R. 11/11 - 14	

BOLETIM DE CORRENCIA N.º 445 - 967 / 2018

GOVERNDO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATÉUS





Ata de visita da Sra. Paula Scotti

Na forma de visita à Unidade e Companhia

DELÉGACIA DESTINO: DELÉGACIA REGIONAL DE CRAIEUS  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  
KAYRO GHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:  
VICENTE, CRATÉUS-CE, O QUAL RECEBEU UMA LIGAÇÃO DA VITIMA.  
SOLICITANDO QUE O MESMO COMPARECESSE NO LOCAL: QUE ITALO ASSIM  
O FEZ E RECOLHEU A MOTOCICLETA DO DECLARANTE, BEM COMO FORA  
VISITADO NO HOSPITAL. E NADA MAIS DISSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 967 / 2018  
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELÉGACIA REGIONAL DE CRAIEUS



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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

MIRELLE LIMA FORTES

CPF da Vítima

038055437-01

Data do Acidente

02/11/2012

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Mirelle Lima Fortes

CPF do Representante Legal

038055433-97

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 provas de 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 acusada da Seguradora Lider 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.

Deste modo, estou 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.

Rio das Ostras, 27 de maio de 2018

Local e Data



Mirelle Lima Fortes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário 128893	Atendimento 0001	Nome do Paciente MICHAEL LIMA FEITOSA		DADOS DO PACIENTE			CNS	Guia de Autorização
Documental(s) Ignorado							Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 15/12/1988	LICEN CRATEUS/CE						Nascimento 28 Ano(s)	
Paiz JOSE DE PAIVA FEITOSA				Mj. MARIA LIMA FEITOSA				
Endereço RUA JUVENAL GALENO, 1055		Bair SAO VICENTE	CEP 03700-000	Município CRATEUS			UF CE	Telefone 88999430968
Profissão MICHAEL LIMA FEITOSA	Empresa		Conjugado				UF CE	
Responsável MICHAEL LIMA FEITOSA	CPF do Responsável		Endereço RUA JUVENAL GALENO, 1055		Município CRATEUS		UF CE	
DADOS DO ATENDIMENTO								
Data Atendimento 02/11/2017	Hora 13:18	Convênio SUS	Matrícula	CID				
Profissional do Atendimento GILVAN MELO MARQUES			CRM/UF 10784/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO				
Indicador de Acidente			Funcionário	MARIA APARECIDA SOARES XIMENES				
Trânsito								
Observações								
Sala		Data/Hora Liberado		BB	hs	Tipos de Saída		
Sinais Vitais						<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito
Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)	R (impuls)	PA (mmHg)

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

Reforço de Pavimento de  
Trânsito Superfície  
Pavimentação e Tornozelos  
Pedregulhos.

FRANCISCO E. Martínez  
MÉDICO  
CRM - 6253

~~GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784~~

09/11/17 2017-09-11 10:00:00  
 SABENI SORVIA  
 Michael Lins Reftosa  
 18 MAI 2018  
 Michael Lins Reftosa  
 Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: MICHAEL LINS REFTOSA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Johanna Graciete inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.883.431-05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wendell Flávio Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.055.433-01, do sinistro de DPVAT cobertura 1 - multibranco da Vítima Wendell Flávio Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.055.433-01, 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 Lider-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
Rua	<u>2º Waldino Graciete Maio</u>	<u>1083</u>	<u>apto. 112</u>
Estado	<u>SC</u>	CEP	<u>89370-000</u>
Local	<u>Florianópolis</u>	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
Email			

Florianópolis, 18 de maio de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaracao do Proprietario do Veiculo

Eu, Michele Lima Farias Rodrigues

RG nº 2026014132471 data de expedicao 31/08/2016

Orgao SSP portador do CPF nº 066.026.313-06 com

domicilio na cidade de Fortaleza no Estado de

Ceara, onde resido na (Rua Avenida Estrada) nº

Polo Soma Rural nº

complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo

mencionado é (é) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

victima Sra. Silvana Maria Macêdo e Campos que o condutor era

Michael Lima Farias

Veiculo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA NXR150 BROS ES

Ano: 2010

Placa: NV 054.66

Chassi: 9G2K00550BR502438

Data do Acidente: 02/05/17

Local e Data: As: Sanguento Herminio, 02/05/17



Michele Lima Farias Rodrigues

Assinatura do Declarante

14

Michael Lima Farias

Assinatura do Concedente: Sou de um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro



14 MAR 2018  
SILVANA BARRETO CAVALCANTE  
FABIANA BARRETO CAVALCANTE  
VALBANE CARDOSO BARROS PIMENTEL  
AUTUO COMUNTE COM SILEO DE AUTENTICACAO



18 MAI 2018

## Guia de atendimento - EMERGENCIA

## DADOS DO PACIENTE

Promotor: 120893	Atendimento: 0001	Nome do Paciente: MICHAEL LIMA FEITOSA	CRM: [REDACTED]	Guia de Autorização: [REDACTED]
Documentante: Ignorado				
Data de Nascimento: 15/12/1988	Lugar: CRATEUS/CE	Mãe: MARIA LIMA FEITOSA	Estado Civil: Solteiro(a)	Sexo: Masculino
Profissão: JOSE DE PAIVA FEITOSA	Endereço: RUA JUVENAL GALENO, 1055	Bairro: SAO VICENTE	CEP: 63700-000	Idade: 36 An(s)
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA	CPF do Responsável: [REDACTED]	Endereço: RUA JUVENAL GALENO, 1055	Município: CRATEUS	UF: CE Telefone: 88990430955
Profissão: Empresário		Conjugue: [REDACTED]		

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 02/11/2017	Horário: 15:18	Convênio: SUS	Motivado: [REDACTED]	CID: [REDACTED]
Profissional do Atendimento: GILVAN MELO MARQUES			CRM/UF: 10784/CE	Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente: Transito			Funcionário: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES	
Observações: [REDACTED]				
Sinais Vitais: Peso (kg): [REDACTED]	Altura (cm): [REDACTED]	T (°C): [REDACTED]	P (bpm): [REDACTED]	R (imp): [REDACTED]
			80	126

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

Refato de acidente de  
Transito sobre Lona  
Perdeu o equilíbrio e tombou  
desgajado.  
 ① Olho f curado  
 ② Rx de tornozelos ~~desgajado~~  
 ③ Vômitos ligeiros



GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784



Francisco G. Martins  
Médico CRM: 6253  
18 MAI 2018  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA







DECLARAÇÃO

Eu ALICE HACI VIANA TEIXEIRA

RG 3000005279155

CPF 032.055.483-01 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 03/01/17 fui socorrido por AMBULÂNCIA

Elevado ao hospital SÃO LURAS

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, e c., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi registrado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Itapecerica da Serra UF: SP Data: 18/05/2018

Declarante: Alcione Lurá Teixeira



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180230664      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MICHAEL LIMA FEITOSA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/05/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE Perna e TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:** SUTURA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Michael Loma Fatora ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 2006005249335 emitido pela SSP / (UF) CE, inscrito sob o CPF nº 038.052.433-01, residente na ( endereço completo ) Rua 8 de Maio, 77, Planalto, na cidade de Brasília, ( UF ) DF, CEP 63400-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante) Michael Loma Fatora, ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Autônomo, portador da cédula de identidade RG nº 2006005249335, emitido pela SSP / (UF) CE, inscrito sob o CPF nº 038.052.433-01, residente na ( endereço completo ) Rua 8 de Maio, 77, Planalto, na cidade de Brasília, ( UF ) DF, CEP 63400-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Michael Loma Fatora, juntamente à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Brasília, 20 de Março de 2018

*CARTÓRIO  
CAVALCANTE  
3º OFÍCIO*

( assinatura ) Michael Loma Fatora

( RG ) 2006005249335



Reconhecido(a) a(s) firma(s) por autenticação  
Michael Loma Fatora

Do(a) fez: CRATBUS/CE  
20 MAR. 2018  
Em Teste \_\_\_\_\_ de Verdade

Senhor(a) Silvana Bittencourt Cavalcante  
Tutelar Paternidade Feminina  
Comunicação Social Pública  
Autenticação de Firma e de Autenticidade



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )