

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

Carta nº 12854041



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** 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: 038-055-433-01 CPF da Vítima: 038-055-433-01 Nome completo da vítima: MICHAEL LIMA FELIOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: MICHAEL LIMA FELIOSA CPF titular da conta: 038-055-433-01 Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: END. PAULO Número: 12 Complemento:
Bairro: PARAÍSO Cidade: PARAÍSO Estado: CE CEP: 63700-000
Email: 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

☒ 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRAPESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÍ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0343 D/V: CONTA: 020820 D/V: 3
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: D/V:
AGÊNCIA: D/V: CONTA: D/V:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

PARAÍSO de 03 de 15
Local e Data

Michael Lima Feltoza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 967 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2018 17:10:50**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2017 12:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO X RUA MOURA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA LIVIA MARIA MACEDO E CAMPOS**
Nascimento: **05/11/1994** CPF: **048.515.853-14**
RG: **20071896451**
Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA OZANIRA DA SILVA MACEDO**
Endereço: **RUA SIQUEIRA CAMPOS, 136**
Bairro: **IPASE**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**

Nome: **MICHAEL LIMA FEITOSA**
Nascimento: CPF: **038.055.433-01**
RG: Orgão Emissor:

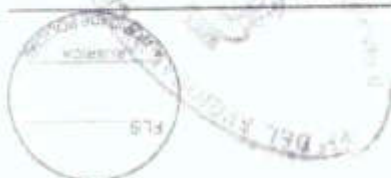
Filiação: **MARIA LIMA FEITOSA**
Nome: **JOSE DE PAIVA FEITOSA**
Endereço: **RUA EMÍDIO PAULA, 77**
Bairro: **PLANALTO**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVD5466** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2K0D0550BR502438** Renavam: **258149620** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano de Fabricação: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **LARANJA** Proprietário: **MICHELE LIMA FEITOSA RODRIGUES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA ESPECIFICADA E TRAZIA COMO PASSAGEIRA A PESSOA DE ANA LIVIA MARIA MACEDO E CAMPOS, NO LOCAL SUPRA; QUE AO FAZER UMA CONVERSÃO À 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 PERCEBEU QUE ANA LIVIA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNÓZELO ESQUERDO; QUE ANA LIVIA TAMBÉM SOFREU FRATU EXPOSTA NO TORNÓZELO; QUE O DECLARANTE E A PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES; QUE TEM COMO TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS A PESSOA DE ITALO KAIO DA SILVA MACEDO SOARES, RESIDENTE NA RUA JUVENAL GALENO, 1059, SÃO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 967 / 2018

VICENTE, CRATEUS-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 VISITA-LO NO HOSPITAL. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Escritório de Polícia

MAT: 300.782-1-7

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Manoel da Silva Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

• Ofício fornecido Manoel Moura e Campos

• Attestado de Manoel Moura

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 2 de 2

Impresso em: 14/03/2018 17:15:26



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: MICHAEL LIMA ICITOSA CPF da Vítima: 038055433-01 Data do Acidente: 02/11/2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Michael Lima Icitosa CPF do Representante Legal: 038055433-01
E-mail: _____ 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 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.

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.

Brasília, 27 de novembro de 12
Local e Data



Michael Lima Icitosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 128893	Atendimento 0001	Nome do Paciente MICHAEL LIMA FEITOSA	CNS	Guia de Autorização
Documentação Ignorada				
Data de Nascimento 15/12/1988	Local CRATEUS/CE		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai JOSE DE PAIVA FEITOSA	Mãe MARIA LIMA FEITOSA			Idade 28 Ano(s)
Endereço RUA JUVENAL GALENO, 1055	Bairro SAO VICENTE	CNPJ 03700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88999430858
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	Type Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário MARIA APARECIDA SOARES XIMENES	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	BS	ns	Type de Selo () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
			40	PA (mmHg)

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

Refato de acidente de
Trânsito sufo lenho
perna esquerda e tornozelo
esquedo.
① Lixa + CRISTAL
② Rx do tornozelo
③ w/roren log (10/11/17)

Francisco E. Martins
Médico
CRM - 0253

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA

10 MAI 2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA

4295380-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO BRASIL

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) | SÉRIE B-1 | Nº 515520919

Posto 01 15000 01 274001 - 9 Data de Emissão 02/03/2018

Nome MARIA DIOGO FEITAO

Endereço RU IBALDINO SOUTO MAIOR 01887
SÃO VICENTE - CEARÁ - 63700000

Medidor 5044153

Chassi 0000 0000

RG/CPS 057683143-25

Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Idade do Substância	Data de Apresentação	Problemas	Indicador de Qualidade	Indicador de Qualidade	Indicador de Qualidade
02/03/18	02/03/2018	02/04/2018	0,99	0,99	0,99
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		
INFORMAÇÕES SOBRE O PATRIMÔNIO DO CONSUMO			INFORMAÇÕES SOBRE O PATRIMÔNIO DO CONSUMO		
VALOR CONSUMO DO MÊS			VALOR CONSUMO DO MÊS		
MULTA MORATORIA REF 12/2017			MULTA MORATORIA REF 12/2017		
JÚROS DO MÊS			JÚROS DO MÊS		

PERÍODO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
20/03/2018		62,03	
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)	
16,74		0,00	

CONTAS EM ATRASO

ATENÇÃO: O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA É MEDIDO EM KWH (Kilowatt-hora).

VALOR DO CONSUMO DO MÊS: 62,03

VALOR DO PAGAMENTO: 62,03

VALOR DO ATRASO: 0,00

VALOR DO JUROS: 0,00

VALOR DO TOTAL: 62,03

18 MAI 2018

Nº do Cliente: 4295380-4

Data de Emissão: 02/03/2018

Nº da Nota Fiscal: 515520919

Referência: 02/2018

Tela a Pagar (R\$): 62,03

Nº do Contrato: 0004295380-000019-00000000-0

02/03/2018

0004295380-000019-00000000-0

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/BIBLIOTECASWEB/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 José Carlos Diniz Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.883.143/05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Michael Lima Furtoso, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.055.433/01, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Michael Lima Furtoso, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.055.433/01, 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 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>R. Baldino Santo Mauro</u>		Número <u>1083</u>	Complemento <u>unidade</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Oratins</u>	Estado <u>MS</u>	CEP <u>65.700.000</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Oratins, MS, 17 de maio de 18
Local e Data

José Carlos Diniz Brito
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Michael Lima Fátima Patricius
RG nº 2006014132471 data de expedição 31/08/2006
Órgão SSP portador do CPF nº 000.020.313.06 com
domicílio na cidade de Botafogo no Estado de
Paraná onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Polo Zona Rural nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (é / é) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sra. Lúcia Maria Maciel Campos o condutor era
Michael Lima Fátima

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES
Ano: 2010
Placa: NYD 5466
Chassi: 9C2K 00550 BR50 2438
Data do Acidente: 02/03/17
Local e Data: Av. Sargento Meneses, 02/03/17

Assinatura do Decretante

Michael Lima Brito

CARTÃO CAVALCANTE

Rua Cel. Lucio, 569
Cidade - Fone: 3691-0194
CRATEUS - CEARA

PND 02
RECIBO DE ENTREGA DO MATERIAL
CH01111



Reconheça as firmas e por autenticidade

FABIANE BARRETO

Dou fe CRATEUS-CE

14 MAR 2018

Em Teste Verdade

Bell Silvana Barreto Cavalcante
☐ Fabiane Barreto Cavalcante
☒ Valbone Cardoso Barros Pimentel

ARQUIVAMENTO COM SELO DE AUTENTICIDADE

18 MAI 2018



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 126893	Atendimento: 0001	Nome do Paciente: MICHAEL LIMA FEITOSA	CNS:	Guia de Autorização:
Documento(s): Ignorado				
Data de Nascimento: 15/12/1988	Local: CRATEUS/CE	Estado Civil: Solteiro(a)	Sexo: Masculino	Idade: 28 Ano(s)
Pai: JOSE DE PAIVA FEITOSA	Mãe: MARIA LIMA FEITOSA			
Endereço: RUA JUVENAL GALENO, 1055	Bairro: SÃO VICENTE	CEP: 63700-000	Município: CRATEUS	UF: CE
Profissão:	Empresa:	Conjuge:	Telefone: 88999430988	
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA	CNPJ 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: 10764/CE	Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente: Trânsito	Funcionário: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES			
Observação:				
Sinais Vitais:				
Peso (kg):	Altura (cm):	Temperatura (°C):	P (bpm): 80	R (rpm):
				PA (mmHg): 120/80

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

Refato de acidente de
Trânsito sofreu lesão
na cabeça e torçoes
na região de
① Lombar + CRATILLO
② Rx de TORÇOES na região
③ no tornozelo da perna esquerda

Francisco E. Martins
Médico
CRM - 6253

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10764

18 MAI 2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MICHAEL LIMA FEITOSA

2087198427 - 2 12/01/2000

JOKARLA DIOGO LEITÃO

MOMÉ CARLOS LEITÃO

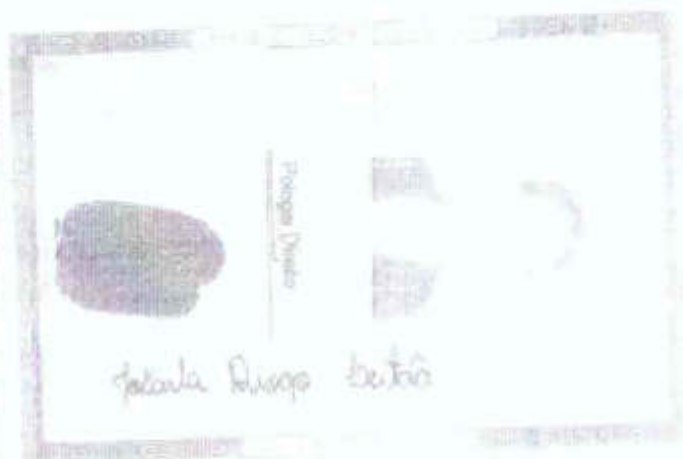
RAQUELA SÔNIA DIOGO LEITÃO

CRATEIRO - CE 16/02/1992

CPF: 040.100.000-00 CANTO: 1 OFICIN: 10555 FOLHA: 167

LIVRO: 1 14. MOVA: 00555 CE

R. 34



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013568045329
PPT 01 00258149620 00000000000 2017

VEICULO: MICHELLE LIMA LITOLDA RODRIGUES
CRATEUS / GE

00607038306
PLACA: NVD5466/CE

ANO: 2010
MARCA: HUNDA
MODELO: NX150
BIBUS ES

VEIC. COA UNICA
VEN. COA UNICA
VEN. COA UNICA

CRATEUS
LOCAL: DATA: 12/07/2017



CARTÓRIO MARTIN
Ribeiro Gomes Albuquerque Resende
Tabelião
Dir. Edmar Albuquerque Resende
Dir. Elycio Mendes Resende
Substitutos
Cratêus-Ceart

Certifico que a presente
cópia contém com o
original respectivo, Dou
15 MAR 2018
2º Tabelião Prolocar

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

CE Nº 013568045329 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

01 00607038306
MARCA: HUNDA
MODELO: NX150
BIBUS ES

00258149620
ANO: 2010

PRÊMIO TARIFÁRIO
PREMIO (R\$) 9.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
TOTAL A SER PAGO (R\$) 185.51

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.248.988/0001-04

04392
00258149620
13/07/2017 04156

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICEN

013568045329
RIBO CE Nº



ASSINATURA

DECLARAÇÃO

Eu MICHAEL LIMA TEIXEIRA RG 200005279155
CPF 032.055.483-01 declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor da via terrestre, em 01/05/2018 fui socorrido por DEPOMITORES
E levado ao hospital SÃO LUIZ

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 realizado
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 declarado 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: SAO LUIZ

UF: CE Data: 01/05/2018

Declarante: Michael Lima 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

Valoração 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 FINS ESPECÍFICOS
DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Michael Lima Fátora
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Autônomo, portador da cédula
de identidade RG nº 2006005279135 emitido pela SSP / (UF) CE,
inscrito sob o CPF nº 038.055.433-01, residente na (endereço
completo) Rua Emília de Paula, 77, Marolês, na cidade de
Oratório, (UF) CE, CEP 63400-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Silvia Maria Cavalcante
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Autônoma, portador da cédula
de identidade RG nº 2006005279135, emitido pela SSP / (UF) CE,
inscrito sob o CPF nº 038.055.433-01, residente na (endereço
completo) Rua Emília de Paula, 77, Marolês, na cidade de
Oratório, (UF) CE, 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 Lima Fátora
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

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



(assinatura) Michael Lima Fátora

(RG) 2006005279135



Reconhecimento (s) firma(s) por autenticidade
Michael Lima Fátora
Dom de CRATÉIS-CE
20 MAR 2018
Em Telt. de Veridade
☒ 1ª - Silvana Batista Cavalcante
☒ 2ª - Túlio Patente Fátora
☒ 3ª - Silvia Batista Cavalcante
VALIDO SOMENTE COM VISTO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Fórmula nº 100-1
Fórmula nº 100-1

18 MAI 2018

RECEBIDO

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)