



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01268697-2** em **15/06/2020 16:15:58**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0149330-36.2017.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01268697-2  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 15/06/2020 16:15:58

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2635500\_CONTESTACAO\_04 - 1-9.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2635500\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170078962 **Cidade:** Jaguaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 23/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FCC EM JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** SEM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

## 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

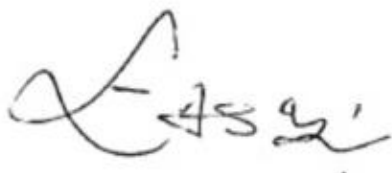
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10775786

A/C: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3170078962 ASL-0046328/17  
**Vitima:** RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 02/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





-0030-

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 -- Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 aberta, 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 Marcos Bonieck Alineira Junior, portador(a) do

RG nº 2000028071035, expedido por SSP/CE, em

20/05/2000, CPF/CNPJ nº 007.074.923-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Raimunda

Rodrigues de Alineira do sinistro de DPVAT da natureza imortalidade

da vítima Raimunda Rodrigues de Alineira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informou Renda Mensal: R\$ não informou

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR 2017
Ge:te Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Arlândia - Fortaleza - CE

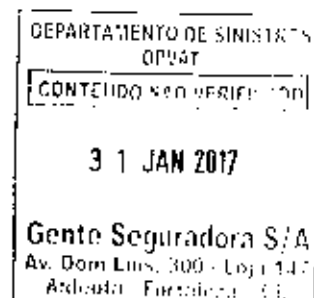
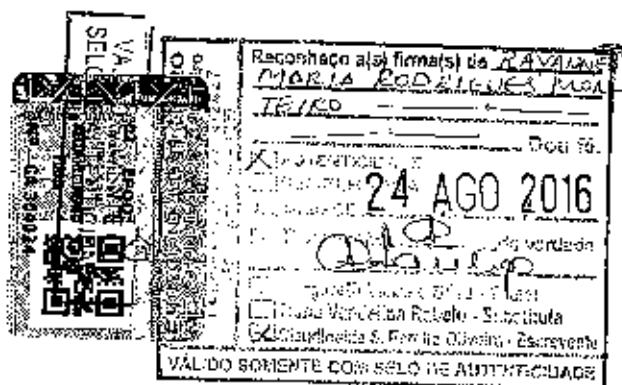


# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maryanne Maria Rodrigues Monteiros  
RG nº 2009010175355 data de expedição 17.04.2009  
Órgão - portador do CPF nº 02481752384 com  
domicílio na cidade de Jaguariúna no Estado de  
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R: Hilbertino Sabino Ribeiro 413 nº -  
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima x Raimunda Rodrigues de Oliveira cujo o condutor era  
x Raimunda Rodrigues de Oliveira  
Veículo: MOTO  
Modelo: Honda Biz 125 ES  
Ano: 2013  
Placa: 05V4 2931EE  
Chassi: 9E2JG4820CR328437  
Data do Acidente: 02.08.16  
Local e Data: POAB 02.08.16

Maryanne Maria Rodrigues Monteiros  
Assinatura do Declarante

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



31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 100 - Cap. 147

DENATRAN

CONTRATO

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459121972  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 COD. RENAVAM: 00515882135 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2016

NOME: RAYANNE MARIA RODRIGUES MONTEIRO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
JAGUARIBARA /CE

CPF/CNPJ: 02481752384 PLACA: 0SN4291/CE

PLACA ANT./UF: /CE CHASSI: 9C2JC4820CR328417

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP./POT./CIL: 2P/OCV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PRECROMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1% VENC. COTA ÚNICA: 2% VENC. COTAS: 3%

FAIXA I.P.V.A.: 1% PARCELAMENTO / COTAS: 2% 3%

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 4,15 IOF (R\$): 1,11 PRÊMIO TOTAL (R\$): 5,26 DATA DE PAGAMENTO: 22/04/2016

OBSERVAÇÕES: \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL: JAGUARIBARA DATA: 26/04/2016

Ignor Pente  
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 012459121972 BILHETE DE SEGURO DPVAT

012459121972  
RECIBO CE Nº

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 26/04/2016

VIA: 01 CPF/CNPJ: 02481752384 PLACA: 0SN4291

RENAVAM: 00515882135 MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2012 CAT. TARE: 09 Nº CHASSI: 9C2JC4820CR328417

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 129,04 DENATRAN (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 1,11 TOTAL A PAGAR (R\$): 292,01

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE DOTAÇÃO: 22/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.008/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

MOTOR: JC48E2C328417

01360

RECIBO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE DE ASSINATURA

01360  
0SN4291

COD. RENAVAM: 00515882135  
83713 01104





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome:	Raimunda Rodrigues de Oliveira	Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	Solteira	Profissão:	vigilante
CPF nº:	430.648.753-00	Carteira de Identidade:	265156394
Endereço:	R. Hildeberto Salazar Ribeiro 413		
Bairro:	conjunto caixa	Cidade:	Jaguaripe
		Estado:	Ceará
		CEP:	63475000

### OUTORGADO:

Nome:	Marcos Bonusck Oliveira Lima	Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	casado	Profissão:	Empresário
CPF nº:	007.074.923-00	Carteira de Identidade:	3000028071035
Endereço:	Rua 7 de Agosto 16		
Bairro:	praia	Cidade:	pedra branca
		Estado:	Ceará
		CEP:	63630000

Por este instrumento particular de procuração, O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

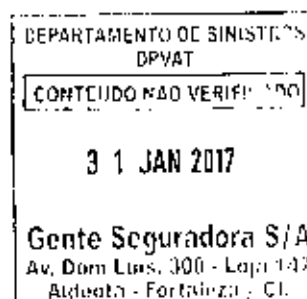
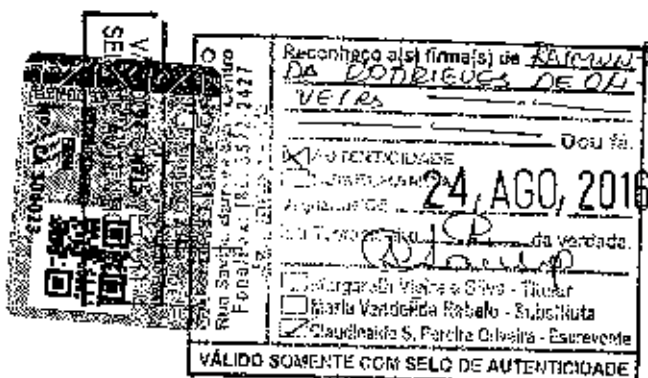
OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

Jaguaripe - CE. 23 de Agosto de 2016.

X Raimunda Rodrigues de Oliveira

OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170078962 **Cidade:** Jaguaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 23/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FCC EM JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** SEM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

## 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

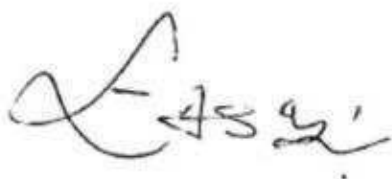
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10494550

A/C: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170078962 ASL-0046328/17  
**Vítima:** RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 02/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10775786

A/C: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3170078962 ASL-0046328/17  
**Vitima:** RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 02/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

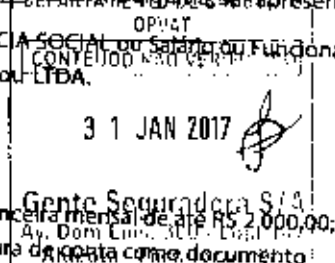
Este formulário deve ser preenchido **exclusivamente** com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU Raimunda Rodrigues de Oliveira  
PORTADOR(A) DO RG Nº 265156394 EXPEDIDO POR SPPL/CE EM 10/11/94 E  
CPF (430641753-00) / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO Vigilante  
E RENDA MENSAL DE R\$ 280,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimunda Rodrigues de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0749 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01345270-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jaguaripe, 24 de outubro de 2016 x Raimunda Rodrigues de Oliveira  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG JAGUARIBE

DATA: 19/08/2016

HORA: 10:42:49

TERMINAL: 07491002

CONTROLE: 074910020043

AGÊNCIA: 0749 - JAGUARIBE

CONTA: 013.00045270-4

CLIENTE: RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

000000

Agosto

08/08	080856	DP DIN LGT	000000
-------	--------	------------	--------

08/08	081724	SAQUE ATM	000000
-------	--------	-----------	--------

RESUMO EM 18/08

SALDO

000000

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

000000

000000

000000

SE VOCÊ INDICOU A CAIXA NA DECLARAÇÃO DE  
IMPOSTO DE RENDA, ANTECIPE SUA  
RESTITUIÇÃO. PROCURE UMA AGÊNCIA CAIXA.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DOVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lapa 142  
Atendimento - Furtividade



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 472 - 1352 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 11:33:30**  
Data / Hora da Ocorrência: **02/08/2016 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA HIDELBERTO SABOIA RIBEIRO**  
Complemento:  
Bairro: **CONJUNTO COHAB** Município: **JAGUARIBE/CE**  
Ponto de Referência: **384558**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RAIMUNDA RODRIGUES DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **30/07/1977** CPF:  
RG: **265156394** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **RAIMUNDA RODRIGUES MACHADO**  
**GENÉSIO CUNHA DE OLIVEIRA**  
Endereço: **RUA HIDELBERTO SABOIA RIBEIRO, 413**  
Bairro: **CONJUNTO CAIXA**  
Município: **JAGUARIBE/CE**  
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UF: **CE**  
CONTENDO NÃO PERICULOSO  
31 JAN 2017  
CEP:  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - 1º and - 1407  
Aldeota - Fortaleza, CE

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSN4291** Uf: **CE** Município: **JAGUARIBARA** Chassi: **9C2JC4820CR328417**  
Renavam: **515882135** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125**  
ES Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **RAYANNE MARIA RODRIGUES MONTEIRO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Regional, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB., comunicou que no dia 02/08/2016 por volta das 18hs conduzia a motocicleta acima descrita pela Rua Hidelberto Saboia, conjunto Cohab, Jaguaribe-CE, quando ao desviar de um buraco veio a colidir o pneu dianteiro em uma pedra solta, perdendo o controle da moto, vindo a cair ao solo; QUE em virtude da queda a declarante teve um corte no joelho esquerdo; QUE foi socorrida para o hospital local, onde foi suturado; QUE possui habilitação para conduzir motocicleta, CNH nº 01996842581 CAT. AB; QUE nada mais disse..//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JAGUARIBE

**Darley Levy C. Peixoto**  
Escrivão de Polícia  
Mat. 198.223-1-1

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**DARLEY LEVY CAVALCANTE PEIXOTO - MAT.: 198223-1-1**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Raimunda Rodrigues de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

**ADRIANO FELIX DE SOUSA NETO - MAT.: 198378-1-5**

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Raimunda Rodrigues de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 265156394 e inscrito no CPF/MF sob o nº 430.641-753-00, residente e domiciliado na R. Michelberto Sabosa Ribeiro N.º 413, Cidade Jaguaripe, Estado ceara, 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:

- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Raimunda Rodrigues de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Jaguaripe 24-10-2016

Local e data





HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE  
CNPJ: 07.443.708/0001-66  
BR 116 Km 300 - Cruzeiro - Jaguaribe - Ce

## FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

### DADOS DO PACIENTE

Nome: Raimundo Rodrigues de Oliveira  
Sexo: M ( ) F (x) Data de Nascimento: 30/04/1977  
Raça/Cor: Negra CNS: 210 1022 8503 0001  
End. Residência: R. Antônio Costa 413  
PSF: Cruzeiro

### DADOS DA CONSULTA

Data: 02/03/18 Hora da Chegada: 18:28 T: \_\_\_\_\_  
Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

### QUEIXA PRINCIPAL

F. L. com dor de dente

### SINAIS E SINTOMAS

Doença Aguda Acid de dente

SELO DE

A presente cópia fotostática confere com a original que me foi extrairdo  
Dou fé  
Jaguaribe-Ce 17 AGO 2016  
Em testemunho de da verdade  
Fátima Maria Barbosa  
Tabellê  
Valido Somente com o selo de autenticidade

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Acid de dente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Lapa 1-13  
Aldoberto - Fortaleza - CE

### CONDUTA MÉDICA

Observação: 6h ☐ 12h ☐ 24h ☐  
Transferência ☐ Internação ☐

### DIETA

☐ ZERO ☐ LIVRE  
☐ LIQUIDA ☐ BRANDA  
☐ PASTOSA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Amoxicilina

Diclefeno 100mg

Dr. José Geraldo V. Melo

Médico CRM - 3216  
CPF: 073.762.353-53

ASSINATURA DO MÉDICO

Raimundo Rodrigues de Oliveira

ASSINATURA DO PACIENTE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Rodrigues de Oliveira

RG nº 265156394, data de expedição 10/11/94, Órgão SPR/ce,

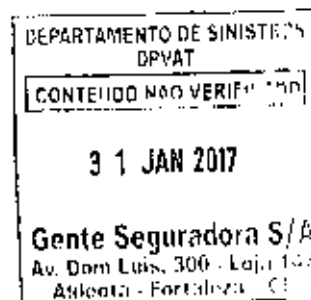
CPF nº 430.641.753-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Hildeberto Saboia Ribeiro</u>
Número	<u>413</u>
Apto / Complemento	<u>/</u>
Bairro	<u>conjunto cascat</u>
Cidade	<u>Jaguaripe</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>63.475.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3515-1630 ou 99050065</u>
E-mail	<u>Bernickpachalremca@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jaguaripe 24-10-2016

Assinatura do Declarante: X Raimundo Rodrigues de Oliveira





930196-8

Para obter o seu boleto, consulte o site: [www.gente.com.br](http://www.gente.com.br)

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 00125-040 - Fátima CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEF 06.155.848-3

A Tabela Social de Energia Elétrica  
Trinidade de Lei nº 10.433,  
de 26 de abril de 2007

000000

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 - SERVIÇO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA**

Rota 15 17000 20 071000 - 3 Data de Emissão 22/07/2016

Nome GENI RODRIGUES DE OLIVEIRA

End. Postal HILDEBERTO SABOIA RIBEIRO 00413  
- JAGUARIBE - 63475000

Medidor 5326200

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 430586713-34

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência 22/07/2016  
Data da Apresentação 23/08/2016  
Previsão Próxima Cálculo

Índice de Qualidade do Fornecimento  
Veja a legenda no verso desta conta  
Conjunta JAGUARIBE  
Mês Jul/2016 2380 52,69

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

190,61 27,00% 51,46

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3408,940,3384,EEEP,46-3,725,0098,3657

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Let. Anual	Let. Anual	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
55797	66435	1,00	272	3,30	272	0,78479	190,61
22/07/16	22/08/16	58 3168	272				190,61

**VALOR CONSUMO DO MES**

MULTA MORATORIA REF 06/2016 190,61

JUROS DO MES 3,50

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 0,35

53,08

VENCIMENTO 01/08/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 227,54

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)
Energia	66,51
Transmissão	2,89
Distribuição	29,89
Perdas Técnicas	14,61
Perdas Comerciais	6,33
Perdas Não Técnicas	13,37

**CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - EMISSÃO DE CO2**

Consumo de energia elétrica (KWh) 272

Emissões de CO2 (kg) 117,56

Consumo de energia elétrica (KWh) 272

Emissões de CO2 (kg) 117,56

**Informações importantes e avisos de vencimento**

Consta nesta fatura R\$ 5,87 referente a PEE e COFINS.

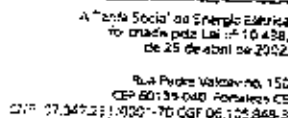
Para o R\$ 5,87 - R\$ 5,87 - ANEEL e R\$ 0,00 - COFINS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
RPVAT

CONTENHO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Alagoinha - Fátima - CE



COSTO DE ENERGIA ELÉCTRICA (GRUPO S.I. SERIE G-4) EN

Rota	07 14030 07 062790 - 6	Data de Emissão	10/09/2015
------	------------------------	-----------------	------------

Name MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA

End. Postal RU 9 DE AGOSTO 00016 00016

BAIRRO DA PRAINHA - PEDRA BRANCA - 63630000

bidder 761139

Paste ~~0000~~ A23N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 007074923-00

CGF

Nome do Responsável

## DATA

Mês de Referência	Data da Apresentação	Presença Produção Cultural
Set/2015	10/09/2015	09/10/2015

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FURNECIMENTO

Traja a legenda do verso desta carta  
de 1534. **53/10/19 1534**

Conjunto SENHOR PADRE  
Jul 2015

## Notes

3150 32.19

11月1日 星期三

4100 10/1/12

KMS				DICKIE 0.66 P					
Base	Índice (IS)	Aliquota	Valor do Imposto	Pessoa Física			Pessoa Jurídica		
1	2	3	4	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
12.000		27,88%	33,45	DIC	5,55	11,11	22,22	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL				FIC	3,42	5,35	13,79	0,00	0,00
1098.0400.0400.3557.8575.7134.0895.0075				DMIC	3,28			0,00	

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMIDOR**

Less: Asset	Less: Accrual	Cons.	Consumption (MWh)	Cons. Inc.	Cons. Ret.	Taxable (RMB/MWh)	Value (RMB)
5511	5349	1.88	152	2.02	162	0.05630	2.00
18/09/15	18/08/15		31 D165		162		12.00

**DESCLAICHIO**

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	112,80
MULTA MORATORIA REF 08/2015	2,39
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	21,45
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 13,10 )	

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	52,27
Transmissao .....	28,33
Distribuicao .....	2,96
Encargos Setoriais .....	35,17
Tristatos (ICMS PIS-COFINS) .....	112,68
TOTAL .....	

### HISTÓRICO DE CONSUMO

[illegible]

## CONSUMO CONSCIENTE: EMISSORES DE CO2 E H2O/5 ANOS

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica, através da Boreo.

Emissão log(CO <sub>2</sub> )	Compensado log(CO <sub>2</sub> )	Compensação Espéctica (% CO <sub>2</sub> )
70,02	0,00	-

**informações importantes e avisos de vencimento**

Bençeira Tarifaria: VERMELHA

\*Cenosa desta fatura R\$ 5.72 referente a PIS e COFINS

1991. 7 Feb. 108°23'N - 240°0'W = 1425 n. 18.53°N = 18.62°N

Para Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 306 - Loja 147  
Alhenta - Fortaleza, CE