

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM SOUZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180254039

Vitima: JOAQUIM SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254039**.

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 12920218



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180254039
Vitima: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Data do Acidente: 02/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180254039**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Certidão de casamento

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM SOUZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180254039
Vítima: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Data do Acidente: 02/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180254039**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13664308



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 011.300.763-93	Nome completo da vítima JOAQUIM SOUZA DA SILVA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAQUIM SOUZA DA SILVA		CPF titular da conta 011.300.763-93	Profissão Autônomo
Endereço RUA BNAZ LOPES		Número 04	Complemento
Bairro OSSIAN ARARIPE	Cidade UNATO	Estado CEARA	CEP 63100-000
E-mail			Telefone (DDD) 88992713730

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ: 0684 DV: 013 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRQ: _____ AGÊNCIA NRQ: _____ DV: _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ: 103902 DV: 6 (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ: _____ DV: _____ (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.

RECEBEMOS

UNATO 26 de MAIO de 2018
Local e Data

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

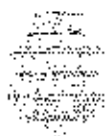
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

04 JUN 2010

Maria Geórgina F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



SECRETARIA DO ESTADO DO CEARÁ
POLÍCIA CIVIL - SUPERINTENDÊNCIA GERAL
PREFEITURA DE CRATO
POLÍCIA CIVIL - DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO



BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 000.000.000.000

Delegacia de Ocorrência

Assessoria do Fato: NÃO DELITUOSA
Data / Hora de Comunicação: 24/06/2018 14:07:30
Data / Hora da Ocorrência: 21/06/2018 22:04:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA TEODORO DE ALMEIDA Nº 99
Complemento:
Bairro: Município: CRATO/CE
Data de Referência:

Identificação

Nome: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Nascimento: 10/05/1986 CPF: 011.469.762-92
RG: 2001024057278 Orgão Emissor: SSP
Filiação: MATEUS DE SOUZA DA SILVA
Vestido: JOAQUIM DA SILVA
Endereço: RUA REGINA, 1
Bairro: JARDIM ARABIFE
Município: CRATO/CE
País: BRASIL

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Geceide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CPF: CNPJ: 21.487.736/0001-06

Telefone: (85) 36809-4477

Relato

Afirma a notificante, autoridade das delegacias do talão testemunho e
denúncia, afirmando que no dia, hora e local acima produziu acontecimento
médico no Hospital São Raimundo, na cidade de Crato-CE, para sofrer um
exame de trânsito na cidade de Juazeiro do Norte-CE, momento em que
desacordou-se por sua esposa, QUE do acidente fraturou a falange da 1ª
dedo da mão esquerda, QUE na Ficha de Condicionamento Ambulatorial nº
457433 não consta que o notificado fora vítima do acidente de trânsito.
Quando assim imposto de realizar o boletim de Ocorrência de natureza
"Acidente de trânsito", visto que é necessário preencher alguns requisitos a
sempre documentados comprobatórios, sendo um destes informar ao
procurador do condicionamento médico que o nomeado fora vítima de "acidente
de trânsito", QUE sendo-se prejudicado, então procurou a Defensoria
Pública, mas por sua vez solicitou documentos para que a notificante
pudesse responder, não no Hospital São Raimundo, realização do procedimento
médico, sendo um destes, o boletim de Ocorrência, QUE diante disto, veio
registrar a presença supracitada, e não mais havendo, deu-se por encerrado
a presente Delegacia de Ocorrência.

DELEGACIA DESTINADA: DELEGACIA REGIONAL DE VIACÃO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELA REGISTRAÇÃO:

MARIA JULIETE PEREIRA BARBOSA - SGT., 30433-00-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João da Silva

WETO DO DELEGADO(A):

DELEGADO: MARIA JULIETE PEREIRA BARBOSA - SGT., 30433-00-0

DELEGACIA DE Ocorrência Nº 000.000.000.000

04 JUN 2018

Telefone: (85) 36809-4477

2017062510-20

Over

est / m

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

Joaquim Souza da Silva

CPF da Vítima

044.300.763-93

Data do Acidente

02.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

81992713730

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS

04 JUN 2018

MAIO 26 de MAIO de 2018
Local e Data

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.736/0001-06

Joaquim Souza da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 02/12/2017 12:27

N.Atendimento...: 457433 Convênio.: BPA SOS
Data Atendimento: 02/12/2017 Hora:12:04 Matrícula: 162292966220001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: JARLIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA Pront: 22807
Dta Nasc.: 10/08/1986 ~ 31 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 200103405727
Endereço.: RUA RECIFE 4 CASA Município:CRATO
Cep.....: 63132070 Bairro:OSSIAN ARARIPE
Estado....: CE Resp...: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Fone: 8898889507235233331

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CEF: 40357740300

Paciente/ Responsável



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **524316680**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Veldardo, 150 | CEP 60125-040 | Fortaleza-CE
CNPJ: 07.617.261/0001-70 | CGF 08.105.948-3

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

Esta é a segunda via de

MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
3475513 Nº **6**

VENCIMENTO
22/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
R\$ 91,63

Rota 05 011000 06 016600

Medidor

Poste

Nome MATILDES DE SOUZA DA SILVA

23050180

0000 A8DN

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU BRAS LOPES 00004 OSSIAN ARARIPE CRATO 63100000

RG / CPF / CNPJ 719.208.703-34

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	12122	12002	1	120	0	120

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
120	0,70550	84,70

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

08/05/2018

08/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F680.2264.130D.EB2A.AAF2.3D30.A4CZ.FEB3

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
84,70	27%	22,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	31,90
TRANSMISSÃO	3,40
DISTRIBUIÇÃO	15,28
ENCARGOS SETORIAIS	4,87
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	26,35

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

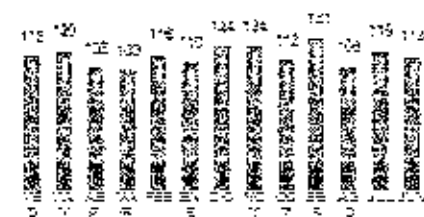
Veja a legenda no verso desta guia. CM: 23,18

Conjunta CRATO

Mês MAR/ 2018

ÍNDIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mês	Trim. Anual	Mês	Trim. Anual
DIQ (h)	5,19	10,38	20,77	0,00
TIC (h)	3,23	6,47	12,95	0,00
DMIC (h)	2,94		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



50% Consumo

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



atendimento ao meu cliente

Nº do Cliente:

3475513-6

Nº da Nota Fiscal: **524316680**

Total a Pagar (R\$): **91,63**

Data de Emissão:

26/05/2018

Referência: **MAI/2018**

Nº de Controle:

RECEBEMOS

04 JUN 2018

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



**SOCIEDADE ANÔNIMA DE
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO - CONTÁ**
Av. Teodoro Neres, nº 30 - Centro
Crato - Ceará - CEP: 63.100-181
Fone: (88) 3523-2044 - C.N.P.J.: 07.172.895/0001-55
ouvidoria@saaecrato.com.br

Impresso Em: 04/05/2018 10:15:34

EVERARDO DE SOUSA LEITE		RUA MAURICIO ALMEIDA 26		ZACARIAS GONCALVES 63100-000 CEARÁ		Localização: 30-28-002020		ABR/2018		180435515			
PROCESSO: 035515-6		COD. LECTURISTA: ****		1 - RES: 2-1									
DESCRICAO								VALOR					
TA TARIFA DE ÁGUA								34,96					
TRIBUTOS B.CÁLCULO X ALIQUOTA													
PIS 34,96 1,65%								0,58					
CONFINS 34,96 7,60%								2,66					
DATA LETURA ANTERIOR: **/**/****								DATA LETURA ATUAL: **/**/****		VENCIMENTO: 25/05/2018		VALOR A PAGAR: 34,96	
LEITURA ANTERIOR: ****		LEITURA ATUAL: ****		CONSUMO REAL: 020 m ³		CONSUMO FATURADO: 020 m ³		MEDIA: ***					
N.º DO HIENOMETRO S/HIDROMETRO				VAZAO: 0 m ³		DIAMETRO		DATA DE INSTALACAO: **/**/****					
OCCORRENCIA: ****													
DADOS DOS ULTIMOS 5 MESES				MENSAGEM									
MES CONSUMO NR DAS MEDIA				A LEI MUNICIPAL Nº 3.414/18 - PARCELAMENTO ESPECIAL-PAES, OPERCA ATÉ 30/06/2018, DESCONTOS DE ATÉ 100% NOS JUROS/MULTAS, PARA OS DEBITOS VENCIDOS ATÉ FEVEREIRO DE 2018, VENHA ADERIR!									
*** ** **													
*** ** **													
*** ** **													
*** ** **													
*** ** **													
*** ** **													
				MESES EM DÉBITO: JUN/17- CASO O DÉBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE REAVISO									
DETALHES SOBRE A LEGISLACAO VIDE VERSO				PERIODO DA ANALISE: 02/05/2018									
PARAMETRO		UNIDADE		VMP		TOTAL DE ANALISES REALIZADAS		VALOR MEDIO DETECTADO					
CLORO		CL		1 a 5		1178		1,03					
COR		CR		0 a 15		0		0					
COLIFORMES		CT		0 a 0		60		Aus.					
ESCHERICHIA		EC		0 a 0		60		0					
FLUOR		FL		0 a 1,5		0		0					
PH		PH		6 a 9,3		1178		6,8					
TURBIDEZ		TR		0 a 5		60		0,68					

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

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 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 EVERARDO DE SOUSA inscrito (a) no CPF 346.395.782, 34
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JORQUIM SOUSA DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 011.300.763,93, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JORQUIM SOUSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.300.763,93, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA MARUÍPO ALMEIDA</u>		Número	<u>26</u>	Complemento
Bairro	<u>ZACARIAS GONÇALVES</u>	Cidade	<u>CRATO</u>	Estado	<u>CE</u>
				CEP	<u>63110-130</u>
Email	<u>EVERARDO@GATOLHOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>889972713730</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>88996174242</u>	

CRATO 26 de MARÇO de 2018
Local e Data

Everardo de Sousa
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Sonia da Silva Nunes,
 RG nº 96029073027, data de expedição 27/04/2018,
 Órgão SSP, portador do CPF nº 773.207.103-25, com
 domicílio na cidade de CRATO, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luper, nº 08,
 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 JOSEFIMIN SILVA DA SILVA, cujo o condutor era
JOSEFIMIN SOUZA DA SILVA.

Veículo: 2007/MOTOCICLO/HRD RYD/C.

Modelo: HOMINICO 125 FAN

Ano: 2007

Placa: HVF 1234

Chassi: 9C23C30707R196490

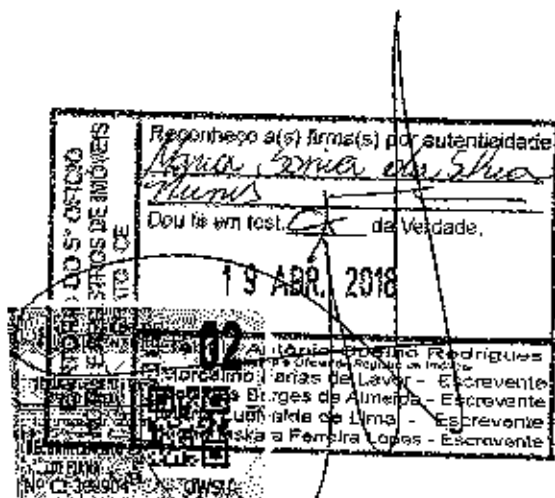
Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: CRATO 19 de Abril/2018



Maria Sonia da Silva Nunes
 Assinatura do Declarante

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



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 02/12/2017 12:27

N.Atendimento...: 457433 Convênio.: BPA SOS
Data Atendimento: 02/12/2017 Hora:12:04 Matrícula: 162292966220001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: JARLIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA Pront: 22807
Dta Nasc.: 10/08/1986 ~ 31 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 200103405727
Endereço.: RUA RECIFE 4 CASA Município:CRATO
Cep.....: 63132070 Bairro:OSSIAN ARARIPE
Estado....: CE Resp...: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Fone: 8898889507235233331

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIOS-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CEF: 40357740300

Paciente/Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITAT

Joaquim Souza da Silva

DOC. IDENTIDADE / OUT. D. N. C. U.
 2001034057270 - 982 - CE

CPF
 011.300.763-93 DATA NASCIMEN
 10/08/1966

FILIAÇÃO
 PEDRO JOAQUIM DA SILVA
 MATILDES DE SOUZA DA
 SILVA

PRELACÃO REC. CALHA
 AD

Nº. Registro
 03527465732

DATA
 13/10/2020

EXERCÍCIO
 26/02/2008

EXERCE ATIV. REMUNERADA

Assinatura do Funcionário

Joaquim Souza da Silva

DATA CANCELAMENTO
 19/10/2015

Assinatura do Funcionário

78518617254
 CE150213627

Assinatura do Funcionário

1225314806

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITAT

Joaquim Souza da Silva

DOC. IDENTIDADE / OUT. D. N. C. U.
 2001034057270 - 982 - CE

CPF
 011.300.763-93 DATA NASCIMEN
 10/08/1966

FILIAÇÃO
 PEDRO JOAQUIM DA SILVA
 MATILDES DE SOUZA DA
 SILVA

PRELACÃO REC. CALHA
 AD

Nº. Registro
 03527465732

DATA
 13/10/2020

EXERCÍCIO
 26/02/2008

EXERCE ATIV. REMUNERADA

Assinatura do Funcionário

Joaquim Souza da Silva

DATA CANCELAMENTO
 19/10/2015

Assinatura do Funcionário

78518617254
 CE150213627

Assinatura do Funcionário

1225314806

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT
 PARTICIPAÇÃO NACIONAL DE HABITAT

EVERARDO DE SOUSA LEITE

DOC. IDENTIDADE / Doc. Nacional w
 11305806 680

CE
 345.395.783-34 13/12/1967

FRANCISCO RUIES DE
 SOUSA
 ANTONIA LEONI LEITE
 SOUSA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCiante ☐ ALD

CPF: 00762628410

DATA: 05/03/2021

DATA: 28/05/1997

EXERCE ATIV REMUNERADA

Carimbo e Assinatura

COOK: CRATO, CE

DATA: 07/06/2016

20052230453
 0152745157

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT
 CARTA IDENTIFICADORA DE IDENTIFICAÇÃO

EVERARDO DE SOUSA LEITE

DOC. IDENTIFICAD. DO HABITANTE
 11305806 680

CE
 345.395.783-34 13/12/1967

PRIMEIRO
 FRANCISCO RUIES DE SOUSA

SOBRENOME
 ANTONIA LEONI LEITE SOUSA

PRIMEIRO
 00762628410

DATA
 05/03/2021

DATA
 28/05/1997

EXERCE ATIV. REMUNERADA

Carimbo e Assinatura

COOK
 CRATO, CE

DATA
 07/06/2016

20052230453
 0152745157

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Geacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Fiel

DETRAN-CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013400704120**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA — COD. RENAVAM — H.N.T.C. — Exercício —
PPT 01 00929853245 0000000000 2017

NOME
MARIA SONIA DA SILVA NUNES
CRAJO /CE

CPF / CNPJ
77320310325 PLACA
HY11234/CE

PLACA ANT / UP
/CE CHASSI
9C2JC30707R196490

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. **GASOLINA**

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. **2007** ANO VUC. **2007**

CAP. POT. CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
29/OCV/124CC **PARTIC** **PRETA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª 2ª 3ª

FAIXA LRYA. PARCELAMENTO / COTAS
1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PARCELAMENTO
/CE

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CRAJO **09/06/2017**

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONDUTOR POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE QUATRO, CINCO, SEIS OU SETE LUGARES, CARGA E PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013400704120 BILHETE DE SEGURO DPVAT **013400704120**
RECIBO CE Nº

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 DATA EMISSÃO
2017 09/06/2017

PLACA
HY11234

CPF / CNPJ
77320310325

RENAVAM
00929853245 MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. ANO VUC.
2007 2007

CHASSI
9C2JC30707R196490

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DENATRAK (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33

CUSTO DO BÔNUS (R\$) IOF (R\$) COTA ÚNICA DO SEGURO (R\$)
4,15 0,17 185,5

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO **08/06/2017**

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTORISTA 9C30E77196490 **02297**

02297
HY11234
COD. RENAVAM
00929853245
134364 02593

ASSINATURA

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAQUIM SOUSA DA SILVA
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO profissão AUTÔNOMO
residente e domiciliado à Rua IBRAZ COPEZ
nº 04 bairro OSSIAN APAREIXE Município de CRATO
Estado de(o) CEARA Cep 63100-000 portador(a) do Rg
nº 2001034057276 SSP/CE e CPF nº 011.300.763-93

Outorgado: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro (a), estado civil, Casado, profissão- Autônomo, residente e domiciliado à Rua Mauricio Almeida, nº 26, bairro Zacarias Gonçalves, Município de Crato, Estado do Ceara Cep.: 63110130, portador do RG nº 1130536-86 SSP/ CE e CPF nº 34639578334

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) JOAQUIM SOUSA DA SILVA ocorrido em 02.12.2017, 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.



CRATO, de 26 de MAIO de 2018.
* JOAQUIM SOUSA DA SILVA
Outorgante
CPF 011.300.763-93 Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06