

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2016

Carta nº: 9352629

A/C: DAMIAO HENRIQUE SOUZA

Sinistro: 3160362326 ASL-0919733/16
Vitima: DAMIAO HENRIQUE SOUZA
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS FIORELLI

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, ou ligue para o 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, 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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Abstract

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, Damião Henrique Souza
PORTADOR(A) DO RG Nº 2000034070410 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 20/11/00 E
CPF 919591793-49 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Ag. produção
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Damião Henrique Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECER. 10 JUN 2016

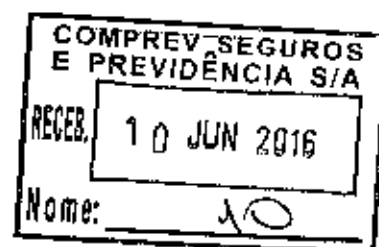
Nome: _____

Op: 012

f. do Norte, 02 de junho de 2016. ^X Daniela Henrique Souza
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.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Damiano Henrique Souza, portador da carteira de identidade nº 2000034070416 e inscrito no CPF/MF sob o nº 919.591.793-49, residente e domiciliado na Avenida Parailva, 161, Pirajá, Cidade Freixo do Norte, Estado Ceará, 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:

- () 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.

DOCUMENTO 3 *T3*



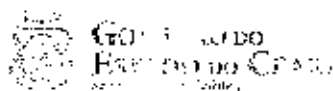
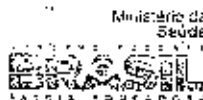
x Damiano Henrique Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Freixo do Norte, 02 de junho de 2016.

Local e data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB.	11 JUN 2016
Nome:	<u>m</u>

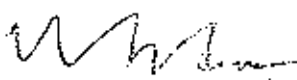


CERTIDÃO NARRATIVA

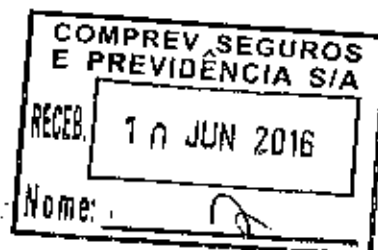
CERTIFICA, em virtude da facilidade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **DAMIANO HENRIQUE SOUZA**, portador do RG Nº 2000034070410 e inscrito no CPF sob o Nº 919.511.740-19, no dia 30/04/2016 às 20h01min, no município de CRATO - CE, Zona Rural. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 23 de maio de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
 Assessoria Executiva
SAMU 192-CEARÁ

SAMU 192-CEARÁ
 Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio - Crato - CE (35) 3401-7100, Fax: (35) 3401-7101
 E-mail: samuceara@pol.rr.br, medeiros@pol.rr.br
 Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samuceara@pol.rr.br, (35) 3401-3797





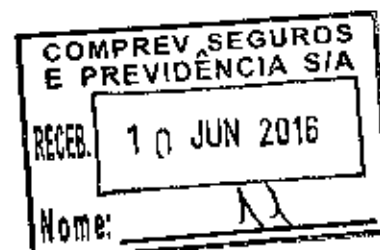
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião Henrique SouzaRG nº 2000034070430, data de expedição 20/11/00, Órgão SSP/CE

CPF nº 919.591.793-49, 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>Avenida Paraíba</u>
Número	<u>161</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Pirajá</u>
Cidade	<u>Guazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.034-260</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 8822-1645 / 3587-1645</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guazeiro do Norte, 02/06/2016Assinatura do Declarante: X Damião Henrique Souza

Nº DO CLIENTE
6851602-9

Para agitar seu abastecimento, utilize a padama
sempre com o cartão em conta corrente.

folhada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2001.

Rua Padre Valdevino, 15 J
CEP 00135-040 Foz de Iguazú - PR
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 06.106.648-1

coelc

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B-1 | SÉRIE B-4 | Nº 430611430

Bola 07 13000 25 357000 - 6 Data de Emissão 11/05/2016

Nome MANOEL DA CRUZ

End. Postal AV PARAIBA 00161

PIRAJA - JUAZEIRO DO NORTE - 63034260

Medidor 9455860

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,80

RG / CPF / CNPJ 853653003-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência 11/05/2016 Próxima Leitura 10/06/2016
Mês de Referência 11/05/2016 Próxima Leitura 10/06/2016

ICMS Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

81,07 27,00% 21,88

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9042 JAAA 5948 731F DEF3 PA7E B090 9060

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Abat.	Let. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Inc.	Cons. Tot.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
20E70	20549	1,00	121	0,09	121	8,6700	81,37
11/05/16	09/04/16		32 DIAS		121		81,37

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS 81,37
MULTA MORATORIA REF 04/2016 1,4
CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS 0,7
JUROS DO MÊS 0,15
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 7/12 1,10

VENCIMENTO 18/05/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 85,13

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses

Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)
124	121	121	129	113	141	160	145	136	113	91	85

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/KWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Etroleo.
Emissão kg(CO₂) Compensada kg(CO₂) 52,30 0,00

informações importantes e avisos de vencimento CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatar em nossos controles contatos em atraso. Se não o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARCERIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 4,28 referente a PIS e COFINS.
(Art. 9 Rev. 100-2005 - INSS e 101-A, 10-637-07 e 10-100-08)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 10 JUN 2016
Nome: N/A

Nº do Cliente: 6851602-9 Referência: Mai/2016
Data de Emissão: 11/05/2016 Total a Pagar (R\$): 85,03
Nº da Nota Fiscal: 430611430 Nº de Controle: 0006851602 00011 39122 19

83800000000-9 85030031000-2 00068516020-3 00113912208-5
83800000000-9 85030031000-2 00068516020-3 00113912208-5

Nº DO CLIENTE

5317138-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE D-1 Nº

Ata 13 13000 10 247000 - 2 Data de Emissão 18/08/2015

Nome MARCOS FIORELLI

Endereço RU DA CONCEIÇÃO 00549 SL 304 CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - 63010222

Métrica 23626228

0000 0000

Classificação 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFÁSICO

0,00

CPF 639986109-87

DOCUMENTO 1 "T14"



TAXAS				TAXAS DE QUALIDADE DE ENERGIA			
Item	Descrição	Valor	Unidade	Item	Descrição	Valor	Unidade
1	Imposto de Transmissão	18/08/2015	17/09/2015	1	Imposto de Transmissão	18/08/2015	17/09/2015

TAXAS DE QUALIDADE DE ENERGIA			
Item	Descrição	Valor	Unidade
1	Imposto de Transmissão	18/08/2015	17/09/2015

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Período	Consumo	Valor	Unidade
18/08/2015	1238	1,63	0,00

VALOR CONSUMO DO MÊS 233,86
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 93,45
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 27,14)

VENCIMENTO 25/08/2015

TOTAL A PAGAR R\$

327,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

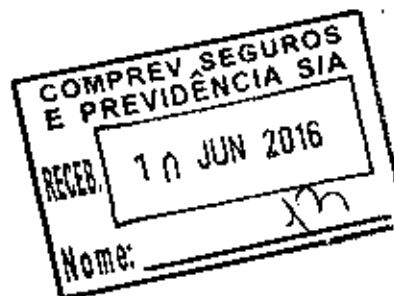
Item	Descrição	Valor
1	Imposto de Transmissão	18/08/2015

CONSUMO CONECTADO - ENERGIA DECELAÇÃO

145,22	0,00
--------	------

Informações importantes e aviso

ATENÇÃO: A FATURA DE ENERGIA É UM DOCUMENTO FISCAL



Banco do Brasil S.A. - Agência 1000

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

5317138-1 18/08/2015 398203964





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 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 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 Marcos Fiorulli, portador(a) do

RG nº 4.990.437-1, expedido por SSP/PR, em

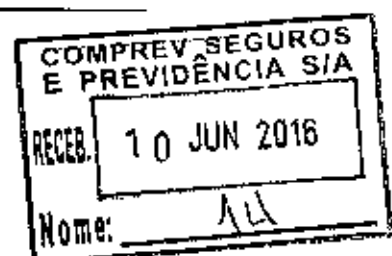
29/12/03, CPF/CNPJ nº 639.986.109-87,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Hamilton Henrique Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Hamilton Henrique Souza, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: Rg

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DAMIAO HENRIQUE SOUZA Prontuário: 94972 Admissão: 30/04/2016
 Data Nasc.: 02/08/1981 Idade: 34 ano(s) 8 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 88759320
 Mãe: HELENA ALVES DE SOUZA
 Sexo: Masculino RG: 2000034070410 Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP: Bairro: PIRAJA
 Endereço: AV PARAIBA 191

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário: 22:00
 Lesão: acidente de moto com lesões em face
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6442 Nº 321077 P.A.:
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
 Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
 Hipótese Diagnóstica: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM UM VEICULO A MOTOR DE DUAS OU
 TRES RODAS - PASSAGEIRO TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE ENCAMINHADO DO HSFA - CRATO, SEM QUALQUER REGULAÇÃO, COM RELATO DE HAVER SOFRIDO
 ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES E TRAUMA FACIAL. DIZ TER
 INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA.
 EXAME FÍSICO: EGBOM, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO E ALCOOLIZADO. ECG = 15.
 AGI: ABDOME PLANO, SIMÉTRICO, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PRESENÇA DE
 ESCORIAÇÕES NA PAREDE ABDOMINAL.
 INDUTA: SOLICITO PARECER DA CIRURGIA BMF.

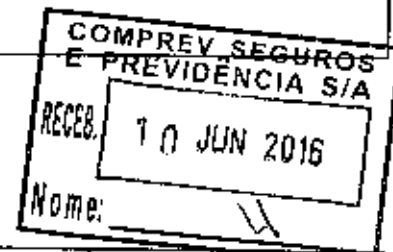
DOCUMENTO 4 *74%



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/04/2016 22:00:00	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	AMANDA SOUZA DE ALMEIDA

EXAME



Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	30/04/201 22:59	Não	Pendente



NOME: DAMIAO HENRIQUE SOUZA

PRONTUARIO: 94972

DATA DE NASCIMENTO: 02/08/1981

SOLICITANTE: DR. KRUIJFF STANISLAW PEDROSA DA COSTA

SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA

ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II/20

DATA DO EXAME: 01/05/2016

DATA DO LAUDO: 01/05/2016

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial da face, com reconstrução no plano coronal e 3D.

INDICAÇÃO:

Trauma.

ANÁLISE:

- Linhas de fratura acometendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Arco zigomático esquerdo, em três pontos, sem desalinhamento significativo.
 - Margem superolateral orbitária e da sutura frontozigomática à esquerda
 - Parede lateral orbitária esquerda, com deslocamento de 2.0 mm de fragmento ósseo que mede 4.0 mm.
 - Rebordo inferior e assoalho orbitários esquerdos, com infradesnívelamento de 2.0 mm.
 - Rebordo inferior orbitário direito, sem desalinhamento.
 - Ramo e incisura mandibulares à direita.
 - Paredes anteriores e posterolaterais dos seios maxilares e etmoidais.
- Lesões ovaladas líticas em região apical do segundo dente pré-molar inferior direito e segundo pré-molar superior esquerdo, a maior medindo 1.5 x 1.0 cm.
- Aumento de volume e densidade dos planos subcutâneos faciais.
- Material hemático em seios maxilares.
- Estruturas das fossas nasais com aspecto dentro dos limites da normalidade.
- Fossas pterigopalatinas e infratemporais preservadas.
- Articulações temporomandibulares anatômicas.

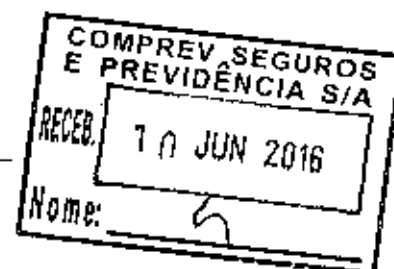
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas faciais bilaterais, com envolvimento orbitário bilateral, zigomático esquerdo e mandibular direito.
2. Hemossinus maxiloetmoidal bilateral.
3. Edema subcutâneo facial difuso, predominando à esquerda.
4. Cistos odontogênicos peri-apicais bilaterais.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos

Médico Radiologista CRM-CE 43064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

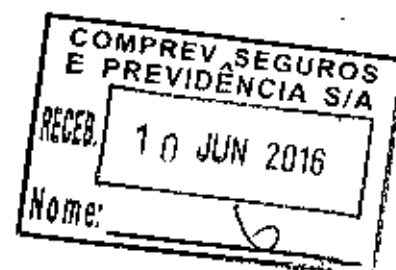
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

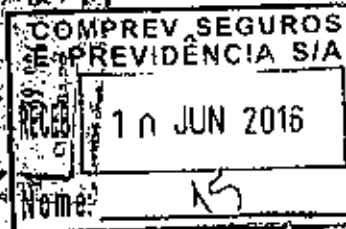
☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



[illegible]

CE Nº 011958396022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
- 319551 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 996

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015

DATA EMISSÃO 17/04/2015

PLACA EN15835

CPE/CNPJ 31955179545

RENAVAM 1695816364

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB. 2015

CAT. TRAF. 09

Nº CHASSI 902JC4110E3112521

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 06/06/2015

DOTA ÚNICA

OTEC/SEGURO LIDER DPVAT

CNPJ 09.248.698/0001-04

OTOP: 0041E www.seguradotalider.com.br

022-2014

RECIBO: 1-0-JUN-2016

Nome: 8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011958396022
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RINTRO EXERCÍCIO
CE 1045818364 0000001000 2015

NOME
FAMILIA VERNIQUE SOUTA

QUATEIRO DO NORTE

PLACA

CPE/CNPJ

31955179545

CHASSI

902JC4110E3112521

COMBUSTÍVEL

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLOPARA ROTA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN RS

CATEGORIA

2P/06V/1240C

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

VENC/COTAS

1º 2º 3º

PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

06/06/2015

OBSERVAÇÕES

AL.ED. ADMIN. DE TENS. NACIONAL HOND

A LTDA.

LOCAL

QUATEIRO DO NORTE

DATA

17/04/2015

DOCUMENTO 6 15%





PROCURAÇÃO

Outorgante: DAMIÃO HENRIQUE SOUZA
brasileiro solteiro AUX. PROVAÇÃO
 residente e domiciliado AV. PARAIBA, 191, APODIADO, JUAZEIRO DO
NORTE, CEARÁ
 CEP 63.041-260, portador do RG nº 2000034070410
 e CPF nº 919.591.793-49

Outorgado: Marcos-Fiorelli, brasileiro, casado, empresário, escritório com sede em Rua da Conceição, 549, Sala 304, Centro, Juazeiro do Norte, Ceará, CEP 63.010-222, telefones (88) 3587-1645, (88) 98822-1645 e (88) 98804-8888, portador do documento de identidade RG nº 4.990.437-1 SSP/PR e CPF nº 639.986.109-87.

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) DAMIÃO HENRIQUE SOUZA, ocorrido em 30/04/2016, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, 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.

JUAZEIRO DO NORTE, CE 01 de Junho de 2016

Damião Henrique Souza

Outorgante (reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CPF nº

