Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO TEMOTEO BRITO**

Nº Sinistro: **3180426436**
Vitima: **DIEGO TEMOTEO BRITO**
Data do Acidente: **10/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180426436.**

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.b**r 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

Pag. 01207/01208 - carta_01 - INVALIDEZ
00010604
Carta nº 13365838

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO TEMOTEO BRITO**

Nº Sinistro: **3180426436**
Vitima: **DIEGO TEMOTEO BRITO**
Data do Acidente: **10/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180426436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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

Pag. 00453/00454 - carta_03 - INVALIDEZ
00020227
Carta nº 13366111

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 conter regularização 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").

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Beira Mar, 300, Loja 101-F FORTALEZA/CE

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	018.983.173-13	Diego Temoteo Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Diego Temoteo Brito	CPF titular da conta: 018.983.173-13	Profissão: Agricultor
Endereço: Vila Parada Mil	Número: 140	Complemento: Casa
Bairro: Dist. de São Miguel / Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceará	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar		Telefone (DDD): (088) 9.9605 2951

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)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 2543 DIV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 29110 DIV: 3 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DIV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DIV: (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.

Quixeramobim 24 de maio de 2018
Local e Data

Diego Temoteo Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 conta corrente/poupança 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 (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").

PAGAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147 - FORTALEZA/CE

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	018.983.173-13	Diego Temoteo Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Diego Temoteo Brito		CPF titular da conta: 018.983.173-13	Profissão: Agricultor
Endereço: Vila Parada Mil		Número: 140	Complemento: Casa
Bairro: Dist. de São Miguel	Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceará	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar			Telefone (DDD): 18819.9605295 1

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)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2543		29110	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	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.

Quixadá 24 de Maio de 2018
Local e Data

X Diego Temoteo Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

ASL-020816/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:38:56

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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.

PAGAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 JUN 2018 AGENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 300, Loja 107-FORTALEZA/CE

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 (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	Nome completo da vítima
	018.983.173-13	Diego Temoteo Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Diego Temoteo Brito		CPF titular da conta: 018.983.173-13	Profissão: Agricultor
Endereço: Vila Parada Mil		Número: 140	Complemento: Casa
Bairro: Dist. de São Miguel	Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceará	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar			Telefone (DDD): (88) 9.96052951

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

- [x] 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

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 2643 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 29110 D/V: 3 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (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.

Quixeramobim 24 de Maio de 2018
Local e Data

x Diego Temoteo Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

ASL-02081661/18 elverson.silva 13/09/2018 15:45:13

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

449626.

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/05/2018 08:34:21**
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2018 04:55:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO CE 060**
Complemento: **PROX AO TERRENO DO NEWTON**
Bairro: **CUPIM** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEGO TEMOTEO BRITO**
Nascimento: **26/03/1999** CPF: **018.983.173-13**
RG: **2004009054271** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO**
EDILSON CARDOSO DE BRITO
Endereço: **VILA PARADA MIL, 140**
Bairro: **SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DETRAN
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVS7278** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9BWZZZ377VT157291** Renavam: **682363502** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL MI** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERDE** Proprietário: **DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

VENTE SEGURADORA S/A
Av. Rui Lira, 360, Loja 141-FORTALEZA

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando o veículo supra citado quando de repente, em uma curva na estrada, o declarante cochilou e veio a perder o controle do automóvel vindo a sair da rodovia; Que no acidente o declarante bateu com o rosto na direção e teve fratura na face, ferimento e teve um dente arrancado; Que o declarante foi socorrido pela testemunha desse procedimento de nome Dean Cardoso do Nascimento; Que o declarante foi levado para o hospital Pontes Neto.; Que depois o declarante foi submetido à cirurgia no IJF em Fortaleza-CE Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Antonio Ademir Alves Barbosa, RG: 2004021012400 e 2Dean Cardoso do Nascimento, RG: 2006019103875; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

Paulo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat. 3[illegible]

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Edinildo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat.: 198785-1-1

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Diego Tenório Brito

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

449626.

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/05/2018 08:34:21**
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2018 04:55:00** *
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO CE 060**
Complemento: **PROX AO TERRENO DO NEWTON**
Bairro: **CUPIM** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEGO TEMOTEO BRITO**
Nascimento: **26/03/1999** CPF: **018.983.173-13**
RG: **2004009054271** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO**
EDILSON CARDOSO DE BRITO
Endereço: **VILA PARADA MIL, 140**
Bairro: **SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
12 JUN 2018
UENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA

Dados do(s) Veículo(s)

* **1)** Placa: **HVS7278** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9BWZZZ377VT157291** Renavam: **682363502** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL MI** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERDE** Proprietário: **DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando o veículo supra citado quando de repente, em uma curva na estrada, o declarante cochilou e veio a perder o controle do automóvel vindo a sair da rodovia; Que no acidente o declarante bateu com o rosto na direção e teve fratura na face, ferimento e teve um dente arrancado; Que o declarante foi socorrido pela testemunha desse procedimento de nome Dean Cardoso do Nascimento; Que o declarante foi levado para o hospital Pontes Neto.; Que depois o declarante foi submetido à cirurgia no IJF em Fortaleza-CE Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Antonio Ademir Alves Barbosa, RG: 2004021012400 e 2Dean Cardoso do Nascimento, RG: 2006019103875; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Raimundo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat: 190[illegible]-1-1

ASL-020816/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:27:05

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Edinildo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat.: 198785-1-1

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Diego Ernesto Brito

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:27:05

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

449626.

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/05/2018 08:34:21**
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2018 04:55:00** *
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO CE 060**
Complemento: **PROX AO TERRENO DO NEWTON**
Bairro: **CUPIM** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DIEGO TEMOTEO BRITO**
Nascimento: **26/03/1999** CPF: **018.983.173-13**
RG: **2004009054271** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO**
EDILSON CARDOSO DE BRITO
Endereço: **VILA PARADA MIL, 140**
Bairro: **SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
12 JUN 2018
UENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA

Dados do(s) Veículo(s)

* **1)** Placa: **HVS7278** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9BWZZZ377VT157291** Renavam: **682363502** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL MI** Ano Fabricação: **1997** Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERDE** Proprietário: **DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando o veículo supra citado quando de repente, em uma curva na estrada, o declarante cochilou e veio a perder o controle do automóvel vindo a sair da rodovia; Que no acidente o declarante bateu com o rosto na direção e teve fratura na face, ferimento e teve um dente arrancado; Que o declarante foi socorrido pela testemunha desse procedimento de nome Dean Cardoso do Nascimento; Que o declarante foi levado para o hospital Pontes Neto.; Que depois o declarante foi submetido à cirurgia no IJF em Fortaleza-CE Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Antonio Ademir Alves Barbosa, RG: 2004021012400 e 2Dean Cardoso do Nascimento, RG: 2006019103875; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

Raimundo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat: 190[illegible]-1-1

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

ASL-0208166/18 elverson.silva 13/09/2018 15:39:49

Edinildo Ferreira Lima
Escrivão de Polícia
Mat.: 198785-1-1

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1336 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Diego Timoteo Brito

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:39:49

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Diego Teixeira Brito	018.983.173-13	10/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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 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.

Quixeramobim, 29 de maio de 2018
Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 299 Loja 141-FORTALEZA/CE

Diego Teixeira Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Diego Terrotero Brito	018.983.173-13	10/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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 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.

Quixeramobim, 24 de Maio de 2018
Local e Data

REPRESENTANTES DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Diego Terrotero Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

ASL-0208166/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:29:00

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Diego Tenorio Brito	018.983.173-13	10/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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 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.

Quixadá, 24 de Maio de 2018
Local e Data

REPRESENTANTES DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Diego Tenorio Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

ASL-0208166/18 elverson.silva 13/09/2018 15:40:26

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HOSPITAL REGIONAL Dr Pontes Neto

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

HORÁRIO: 04:55

DATA: 10/03/18
ATENDIMENTO Nº: 84

00.01.06.0029

NOME: Diego Temóteo Brito
SEXO: MASC (X) FEM ( ) DATA NASCIMENTO: 26/03/99 IDADE: 18
ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Mª Lucilia Pereira Temóteo
SUS:
NATURALIDADE: Quixeramobim - Ce
PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Rua do Mel
CEP:
BAIRRO:
ESTADO: Ce
CIDADE: Quixeramobim
TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO (X)

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A.
Av. Dom Luiz, 300, Loja 101 FORTALEZA/CE

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO2: % FC: bpm FR: lpm

T: °C PESO: Kg

QUEIXAS: Paciente vítima de acidente de carro (sil) compareceu com braço pelvino contorto.

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Omã Murad de Oliveira
MÉDICO
CREMEC 15716

07:00

(1) Tipol 500ml (EV)
(2) Dipirona 05 amp (EV)

* Cirurgião geral já foi contactado para avaliação, realizo hidratação tardígena no paciente

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 101-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:27:39

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HOSPITAL REGIONAL Dr. Pontes Neto

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

HORÁRIO: 04:55

DATA: 10/03/18
ATENDIMENTO Nº: 84

03.01.06.0029

NOME: Diego Temoteo Brito
SEXO: MASC (X) FEM ( ) DATA NASCIMENTO: 26/03/99 IDADE: 18
ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Mª Lucilia Pereira Temoteo
SUS:
NATURALIDADE: Qxbm - Ce
PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Povoado Mil
CEP:
BAIRRO:
ESTADO: Ce
CIDADE: Qxbm
TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO (X)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147 FORTALEZA/CE

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO2: % FC: bpm FR: ipm

T: °C PESO: Kg

QUEIXAS: Paciente vítima de acidente de carro (sil) compareceu com lesão perfuro contuso.

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Omã Murad de Oliveira
MÉDICO
CREMEC: 15716

(1) SORO: 500ml (EV)
(2) DIPIRONA 01 AMP IM (EV)

07:00

(1)

* Cirurgia geral já programada para noturna, realizo hidratação e analgesia no paciente.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:27:39

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:40:12

GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HOSPITAL REGIONAL Dr. Pontes Neto

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

HORÁRIO: 04:55

DATA: 10/03/18
ATENDIMENTO Nº: 84

03.01.06.0029

NOME: Diego Temoteo Brito
SEXO: MASC (X) FEM ( ) DATA NASCIMENTO: 26/03/99 IDADE: 18
ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Mª Lucilia Pereira Temoteo
SUS:
NATURALIDADE: Qxbm - Ce
PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Povoado Mil
CEP:
BAIRRO:
ESTADO: Ce
CIDADE: Qxbm
TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO (X)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147 FORTALEZA/CE

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO2: % FC: bpm FR: ipm

T: °C PESO: Kg

QUEIXAS: Paciente vítima de acidente de carro (sil) compareceu com lesão perfuro contuso.

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Omã Murad de Oliveira
MÉDICO
CREMEC: 15716

07:00

1) SORO: 500ml 12/E

2) DIPIRONA 01 AMP IM 12/E

Cirurgião geral já foi contactado para avaliação, realizo hidratação e analgesia no paciente.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:40:12

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO TEMOTEO BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000029110-3

Nr. da Autenticação EE2A41978DEF55CC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO TEMOTEO BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000029110-3

Nr. da Autenticação EE2A41978DEF55CC

contatos marcação
Perícia Medica
(88)9.92451228
(88)9.96409100
(88)9.92066368

27602-2

Rua Alferes Cordeiro, 1050 - Centro
Empregue energia com consciência.

de 26 de abril de 2002
Cooperativa Regional de Geral
Rua Pedro Alexandre, 150
CEP: 63150-000 - Farmácia CE
CNPJ 07.084.129/0001-70 | CNF 02.395.263-3

Rota: 25 28036 00 117000 - E
Data de Emissão: 05/02/2018
Nome: MARIA LUCINAR PEREIRA TEMOTEO
End. Postal: VL PARADA NIL 00140
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIM - 63860000
Medidor: 4013424
Classe: 04-RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ: 000135933-54
Nome do Responsável:

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Próxima Leitura	Consumo
Fev/2018	02/02/2018	07/03/2018	

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
[illegible]		

	PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	PIS	7,87	15,34	08,69	1,38	1,93	2,98

2500	2500	1,00	0%				

05/02/18 06/01/18 30 01-0 0% 32,40

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES 32,40
MULTA MORATORIA REF 11/2017 0,65
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,38
JUROS DO MES 0,56
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 33,79

14/03/2018 62,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR DA CONSULTA
Energia 15,27
Transmissão
Distribuição 10,5
Encargos Setoriais
Tributos
TOTAL 26,

HISTÓRICO DE CONSUMO (Último trimestre)
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

CONSUMO SUSTENTÁVEL - GRAMAS DE CO2 (kg/mês)
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica
Emitido kg (CO2): 40,63
Compensado kg (CO2): 0,00
Gerações Ecológicas (kWh):

CONTAS EM ATRASO

Informamos existir débitos vencidos em aberto [illegible] no valor de R$ 37,81. Seu fornecimento de energia elétrica sera suspenso em ate 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

AV. POL MASSUEL COLHER LEITURA PORT PRT MEDIA-LEIT DIRECTORIA NRS 25 RES 414
Consta nesta fatura R$ 1,23 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,79% e COFINS 3,63%
Caro Cliente, constam nesta fatura os tributos de consumo de energia elétrica desta unidade com valores vigentes até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.687/2009. Este esclarecimento substitui faturas anteriores.

Nº do Cliente: 27602-2
Data de Emissão: 05/02/2018
Nº da Nota Fiscal: 512805129
Referência: Fev/2018
Total a Pagar (R$): 62,54
Nº de Controle: 000002760202 00372 39552 01

838200000000-5 690400310000-4 000002760202-7 052239552790-5

SEGURADORA S/A
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300 Loja 147-FORTALEZA/CE

9125933-9

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Álvares Cabral, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07040266000170 | CGF 06.105.945-8

enel

Data de Emissão: 23/04/2016

Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
End. Fornec.: RU JOSE CAMPOS TORQUATO 00000 BA 05
RODOVIARIA - QUIXERAMOBIM - 63800000
Medidor: 6002150 Posto: 0000 0000
Classe: 02-COMERCIAL,SERV.OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ: 020043123-66
Nome do Responsável:

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Conjunto
Abr/2016	23/04/2016	23/05/2016	Mão

Base de Cálculo/ICMS	Alíquota	Valor do Imposto
25,50	27,00%	6,89

	Faixa de Consumo (kWh) Mensal	Thm.	Anual	Apuração Individual Mensal	Obs.	Anual
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

Leit. Anterior	Leit. Atual	Consumo (kWh)	Data Ant.	Data Atual	Tarifa (R$/kWh)	Valor(R$)
429	1,00	66	0,00			25,50

VALOR CONSUMO DO MES 25,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 16,17

02/05/2018 41,67

Energia 9,34
Transmissão 1,39
Distribuição 5,93
Encargos Setoriais 1,40
Tributos (ICMS PIS/PASEP/CO)... 6,41
TOTAL 25,50

Emissão kg (CO2) 18,56 Concentração kg (CO2) 0,00

"PARA CONSULTAR SUA CONTA EM SEGUNDA VIA AUTOMÁTICO UTILIZE
Cheque os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura PIS 1,52 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS1,83% e COFINS8,43%

Informamos que a tarifa foi reajustada em média em 4,98%, conforme Resolução Homologatória ANEEL nº 2.333/2016, com vigência de 22/04/2016 a 21/04/17. Fatura vence em abr-16. Informações: www.enel.com.br

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2016
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Contatos Marcação Perícia Medica
(88) 9.92451228
(88) 9.96409100
(88) 9.92066368

27602-2

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que estiver em contato conosco.

de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.8680

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895129

Rota 25 28038 03 117000 - 6 — Data de Emissão 05/02/2018

Nome MARIA LUCINAR PEREIRA TEMOTEO

End. Postal VL PARADA MIL 00140
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 4018424 — Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 009135933-36 — CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	07/03/2018	07/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste conta.

Conjunto SEMACE PORTEL

Mês Dez-2017 — DEC 14.65

FECH = 8.26.7

	Período Mês Anterior			Acumulado Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	18.56	21.17	42.34	2.33	2.33	4.66
FIC	7.67	15.34	30.69	1.00	1.00	2.00
DMIC	5.15			1.00		

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A634.JFTE.A459.7BF2.B4C5.3BF6.8284.5385

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Conta mês	Conta Pat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
25679	25585	1.00	94	2.00	94		
05/02/18	08/01/18		29 dias				32.43

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	32,43
MULTA MORATORIA REF 11/2017	0,85
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,38
JUROS DO MES	0,56
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	35,75

VENCIMENTO 14/03/2018 — **TOTAL** 69,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,47
Transmissão	1,48
Distribuição	10,55
Encargos Setoriais	5,23
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	5,23
TOTAL	32,43

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

90	84	84	93	138	91	121	88	307	86	94	85	88

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/MWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Conscientes Ecológica (NCO)
48,03	0,00	

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
Verificamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R$ 37,81. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em ate 90 dias contados a partir da faturas vencidas e não pagas.

DEBITOS ANTERIORES	
Referência	Valor (R$)
12/2017	37,81

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Conta deste fatura RN 1.23 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0.79% e COFINS:3.64%
Aos clientes consumidores de faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com vencimentos vencidos até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.087/2009. Esta declaração substitui declarações anteriores.

Nº do Cliente 27602-2 — Referência Fev/2018
Data de Emissão 05/02/2018 — Total a Pagar (R$) 69,94
Nº de Nota Fiscal 511895129 — Nº de Controle 0000027602 00522 39552 01

83390000000-5 69940031000-4 00000276020-7 05223955279-5

HERDAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-02083166/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:40:22

Nº DO CLIENTE 9125933-9

A Sociedade Cearense de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.832 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60035 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07040317/0001-70 | CGF 06.105.848-5

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) Nº 522529587

Rota: 16 26030 03 139000 - 9
Data da Emissão: 23/04/2018

Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
End. Postal: RU JOSE CAMPOS TORQUATO 00000 BX 05
RODOVIARIA - QUIXERAMOBIM - 63800000
Postal: 0000 0000

Medidor: 6602150
Classe: 03-COMERCIAL,SERV.OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ: 020643123-66
CGF:
Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	23/04/2018	23/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto:
Mês: Fev/2018

	Período de Apuração			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
25,50	27,00%	6,88

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9694.8608.8846.6992.7000.5869.9806.3878

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	465	429	1,00	36	0,00	36	0,71000	25,50
	22/04/18	12/03/18		42 DIAS		36		25,50

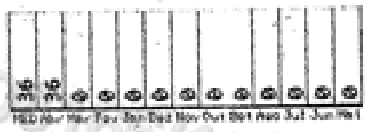
DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	25,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,17

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
02/05/2018	41,67

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,34
Transmissão	1,68
Distribuição	5,35
Encargos Setoriais	1,45
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	8,41
TOTAL	25,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (Mínimo 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compromisso nulo emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (t CO_2)
15,56	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
O CODIGO DO CLIENTE CONTIDO NA MAIOR MENSAGEM.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R$ 1,52 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:1,00% e COFINS:4,94%
(Art. 9 Res. 166-2005 - ANEEL e Lei nº 10.637-02 e 10.833-03)

Informamos que a tarifa foi reajustada em media, em 4,96%, conforme Resolucao Homologatoria ANEEL nº 2.380/2018, com vigencia de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde em abr-18. Informacoes: www.aneel.gov.br

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICAS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:41:04

Contatos Marcação Perícia Medica
(88) 9.92451228
(88) 9.96409100
(88) 9.92066368

27602-2
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

de 28 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895129

Rota 25 28038 03 117000 - 6
Data de Emissão 05/02/2018
Nome MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO
End. Postal VL PARADA MIL 00140
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIM - 63800000
Medidor 4018424
Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 009135933-38
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	07/03/2018	07/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso deste conta.
Conjunto SOBRADIN PORTEL
Mês Dez-2017 EUSD 14.65
FIC(%) = 0.00 %

ICMS

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

	Faixas Individuais Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	10.56	21.17	42.34	2.39	2.39	4.68
FIC	7.67	15.34	30.69	1.00	1.00	2.00
DMIC	5.15			0.00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
A604.FF7E.A659.7AF0.B43E.5EF5.A39A.5262

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. mul.	Const. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
25679	25585	1.00	94	0.00	94	0.34174	32.40
05/02/18	08/01/18		28 DIAS		94		32.40

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	32,40
MULTA MORATORIA REF 11/2017	0,85
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,38
JUROS DO MES	0,56
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	35,75

VENCIMENTO 14/03/2018 **TOTAL** 69,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,47
Transmissao	1,85
Distribuicao	10,51
Encargos Setoriais	3,54
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	1,23
TOTAL	32,40

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Kwh
Dez/17	95
Nov/17	94
Out/17	92
Set/17	93
Ago/17	110
Jul/17	91
Jun/17	121
Mai/17	88
Abr/17	107
Mar/17	86
Fev/17	94
Jan/17	85
Dez/16	80

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
40,63	0,00	-

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
Informamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R$ 37,81. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em ate 90 dias contados a partir da fatura vencida e nao paga.

DEMAIS ANTERIORES Mes/Ano	Valor R$
12/2017	37,81

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Consta desta fatura R$ 1,23 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0.79% e COFINS:3.64%
Ref.: 2 Rep. TAR-2002 - PRESI. e Loja n. 10.637 (A) e 10.831-(A).
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 27602-2
Data de Emissão: 05/02/2018
Nº da Nota Fiscal: 511895129
Referência: Fev/2018
Total a Pagar (R$): 69,94
Nº de Controle: 0000027602 00522 39552 01

83890000000-5 69940031000-4 00000276020-7 05223955279-5

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18 elverson.silva 13/09/2018 15:45:33

Nº DO CLIENTE

9125933-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o Nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Terna Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 090 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 522529587

Rota: 16 28030 03 139000 - 9

Data de Emissão: 23/04/2018

Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

End. Postal: RU JOSE CAMPOS TORQUATO 00000 BX 05
RODOVIARIA - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor: 6602150

Poste: 0000 0000

Classe: 03-COMERCIAL,SERV.OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ: 020643123-66

CGF:

Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	23/04/2018	23/05/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
25,50	27,00%	6,88

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9694.85CB.8F46.6998.700E.58EF.9B06.3E7F

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: Padrão

Mês		Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
Fev/2018	DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	DMIC	0,00			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	465	429	1,00	36	0,00	36	0,70853	25,50
22/04/18		12/03/18		42 DIAS		36		25,50

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	25,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,17

VENCIMENTO 02/05/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 41,67

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,34
Transmissão	1,88
Distribuição	5,32
Encargos Setoriais	1,43
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	8,41
TOTAL	25,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai
36	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
15,56	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE O SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DA DIGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta Fatura R$ 1,53 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94% (Art. 9 Res. 180/2006 - ANEEL e Leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em media, em 4,96%, conforme Resolucao Homologatoria ANEEL n. 2.383/2018, com vigencia de 22/04/2018 a 21/04/19. Bandeira verde em abr-18. Informacoes: www.aneel.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luiz, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18 elverson.silva 13/09/2018 15:54:44

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Morais inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.643.123 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diego Teixeira Bruto inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Diego Teixeira Bruto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, 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		Número	Complemento
Rua José Campos Torquato		611	BX 05
Bairro: Rodoviária	Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceará	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar	Telefone comercial(DDD): (88) Não Possui	Telefone celular (DDD): (88) 9.92066360	

Quixeramobim 24 de Maio de 2018

Local e Data

Paulo José Alves de Morais

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

DLDR1.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Morais inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.643.123 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diego Teixeira Bruto inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Diego Teixeira Bruto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, 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		Número	Complemento
Rua José Campos Torquato		611	BX 05
Bairro: Rodoviaria	Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceara	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar	Telefone comercial(DDD): (88) Não Possui	Telefone celular (DDD): (88) 9.92066368	

Quixadá 24 de Maio de 2018
Local e Data

PAULO JOSÉ ALVES DE MORAIS
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

DLDRL.006 V001/2017

ASL-020816/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:41:30

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Morais inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.643.123 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diego Teomoteo Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Diego Teomoteo Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.983.173 / 13, 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		Número	Complemento
Rua José Campos Torquato		611	BX 05
Bairro: Rodoviaria	Cidade: Quixeramobim	Estado: Ceara	CEP: 63.800-000
Email: Recuso informar	Telefone comercial(DDD): (88) Não Possui	Telefone celular (DDD): (88) 9.92066368	

Quixeramobim 24 de Maio de 2018
Local e Data

PAULO JOSÉ ALVES DE MORAIS
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

DLDRL.001 V001/2017

ASL-0208166/18 elverson.silva 13/09/2018 15:58:16

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
DIEGO TEMOTEO BRITO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2004009054271 SSP CE

CPF
018.983.173-13

DATA NASCIMENTO
26/03/1999

FILIAÇÃO
EDILSON CARDOSO DE BRITO
MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
06921751300

VALIDADE
13/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/09/2017

OBSERVAÇÕES
EAR;

Diego Temoteo Brito
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXERAMOBIM, CE

DATA EMISSÃO
25/09/2017

61315154756
CE159818194
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544781848

PROIBIDO PLASTIFICAR
1544781848

ARQUIVAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2001002327715 SSPDS CE

CPF
020.643.123-66

DATA NASCIMENTO
08/05/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO FLAVIO
PONTES DE MORAIS
MARIA DO SOCORRO ALVES
DE MORAIS

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
04260457296

VALIDADE
10/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2007

OBSERVAÇÕES
A /

Paulo José Alves de Morais
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
20/01/2017

NOME MAGNÁNICO DO ÓRGÃO
ASSINATURA DO EMISSOR

15125984443
CE157558746

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409493508

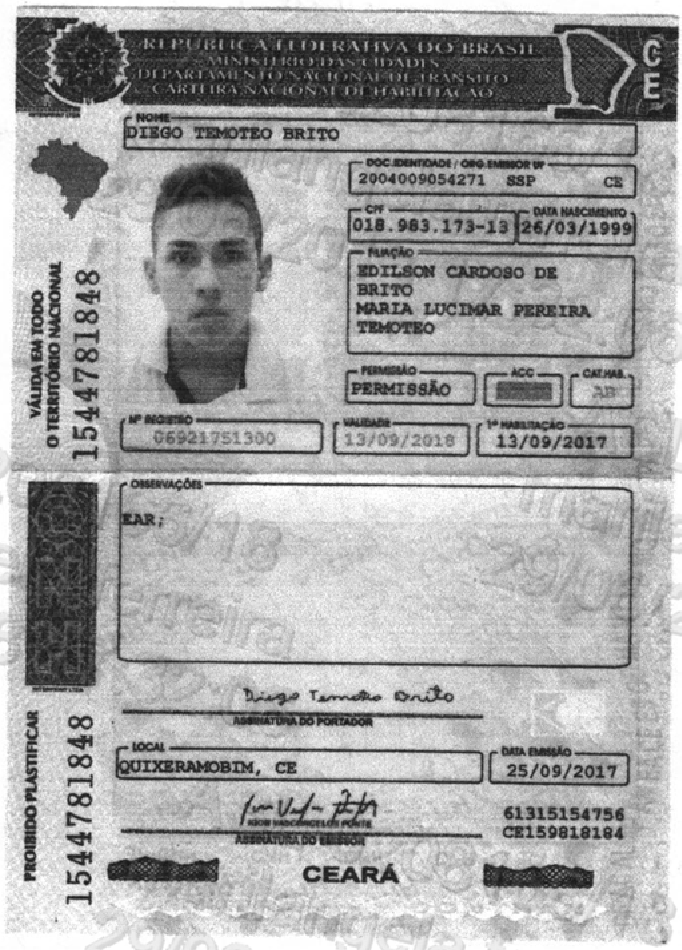
PROIBIDO PLASTIFICAR
1409493508

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:32:06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
DIEGO TEMOTEO BRITO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2004009054271 SSP CE

CPF
018.983.173-13

DATA NASCIMENTO
26/03/1999

FILIAÇÃO
EDILSON CARDOSO DE BRITO
MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06921751300

VALIDADE
13/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/09/2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15447818 48

OBSERVAÇÕES
EAR;

Diego Temoteo Brito
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXERAMOBIM, CE

DATA EMISSÃO
25/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

61315154756
CE159818184

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

15447818 48

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:32:06

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2001002327715 SSPDS CE

CPF
020.643.123-66

DATA NASCIMENTO
08/05/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO FLAVIO PONTES DE MORAIS
MARIA DO SOCORRO ALVES DE MORAIS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04260457286

VALIDADE
19/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2007

OBSERVAÇÕES
A ;

Paulo José Alves de Morais
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
20/01/2017

15125984443
CE157558746

IGOR VASCONCELOS FORTE
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
140949350 8

PROIBIDO PLASTIFICAR
140949350 8

DENATRAN CONTRAN

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:42:08

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:41:05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
DIEGO TEMOTEO BRITO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2004009054271 SSP CE

CPF
018.983.173-13

DATA NASCIMENTO
26/03/1999

FILIAÇÃO
EDILSON CARDOSO DE BRITO
MARIA LUCIMAR PEREIRA TEMOTEO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06921751300

VALIDADE
13/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/09/2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15447818 48

OBSERVAÇÕES
EAR;

Diego Temoteo Brito
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXERAMOBIM, CE

DATA EMISSÃO
25/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

61315154756
CE159818184

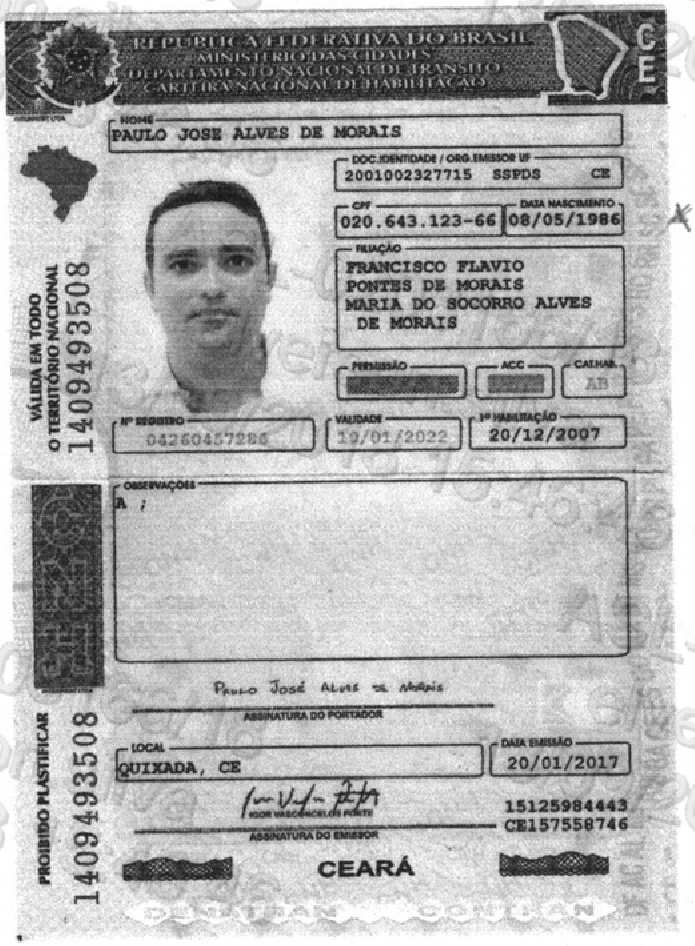
CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

15447818 48

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:41:05

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2001002327715 SSPDS CE

CPF
020.643.123-66

DATA NASCIMENTO
08/05/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO FLAVIO
PONTES DE MORAIS
MARIA DO SOCORRO ALVES
DE MORAIS

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
04260457286

VALIDADE
19/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/12/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409493508

OBSERVAÇÕES
A ;

Paulo José Alves de Morais
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
20/01/2017

15125984443
CE157558746

IGOR MASCARENCELOS FORTE
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLÁSTIFICAR
1409493508

ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:46:46

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013547720507

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
CRDD 01	682363502	0000000000	2017

DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO
****
****
QUIXERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ	PLACA
02675842370	HVS7278

PLACA ANT/UF	CHASSI
*******/CE	9BWZZZ377VT157291

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/AUTOMOVEL/NAO ELETR	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
VW/GOL MI	1997	1997

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
5P/62CV/1000CC	PARTIC	VERDE

IPVA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
*******,**	**/**/**	1ª ISENTO

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	
***	*******,**	2ª NAO 3ª INCIDE

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
63.69	0.26	68.10	22/12/2017

****
****
****

LOCAL	DATA
QUIXERAMOBIM	28/12/2017

Igor Ponte
DETRAN-CE

DETRAN
CONTRAN
VÁLIDO

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

CE Nº 013547720507 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

02675842370 HVS7278

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

013547720507 02154551681

EXERCICIO	DATA EMISSAO
2017	28/12/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	02675842370	HVS7278

RENAVAM	MARCA / MODELO
682363502	VW/GOL MI

ANO FAB	CAT TARF	NO CHASSI
1997	01	9BWZZZ377VT157291

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
28.66	3.18	31.84

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4.15	0.26	68.10

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	22/12/2017

DESPACHANTE
LOTE/DESPACHANTE:
MOTOR: AFZ159298

SEGURADORA LIDER DPVAT
09.248.608/0001-04

JUN-2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A.
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
Nº 013547720507
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
CRDD 01	682363502	0000000000	2017

DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO
****
****
QUIXERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ	PLACA
02675842370	HVS7278

PLACA ANT/UF	CHASSI
********/CE	9BWZZZ377VT157291

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/AUTOMOVEL/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
VW/GOL MI	1997	1997

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COD. PER. DOMINANTE
SP/62CV/1000CC	PARTIC	VERDE

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	******,**	**/**/**	1ª ISENTO
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª NÃO
	***	*******,**	3ª INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
63.69	0.26	68.10	22/12/2017

****
****
****

LOCAL	DATA
QUIXERAMOBIM	28/12/2017

Igor Ponte
DETRANCE

CONTRAN

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

CE Nº 013547720507 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2017

02675842370 HVS7278

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

013547720507 02154551681

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	28/12/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	02675842370	HVS7278

RENAVAM	MARCA / MODELO
682363502	VW/GOL MI

ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº DE CHASSI
1997	01	9BWZZZ377VT157291

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
28.66	3.18	31.84

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4.15	0.26	68.10

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	22/12/2017

DESPACHANTE
LOTE/D SEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: AFZ159298 09.248.608/0001-04

JUN-2017

ASL-0208166/18
marilangela.ferreira
29/06/2018 17:36:24

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-F FORTALEZA/CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013547720507

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
CRDD 01	682363502	0000000000	2017

DEAN CARDOSO DO NASCIMENTO
****
****
QUIXERAMOBIM/CE

CPF/CNPJ	PLACA
02675842370	HVS7278

PLACA ANT/UF	CHASSI
********/CE	9BWZZZ377VT157291

TIPO DE TRAN.	COMBUSTIVEL
PAS/AUTOMOVEL/NAO ESPEC.	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
VW/GOL MI	1997	1997

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COD. PER. DOMINANTE
SP/62CV/1000CC	PARTIC	VERDE

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
******,**	**/**/**	1ª ISENTO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª NAO
***	******,**	3ª INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
63.69	0.26	68.10	22/12/2017

****
****
****

LOCAL	DATA
QUIXERAMOBIM	28/12/2017

Igor Ponte
DETRANCE

CONTRAN

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

CE Nº 013547720507 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2017

02675842370 HVS7278

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

013547720507 02154551681

EXERCICIO	DATA EMISSAO
2017	28/12/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	02675842370	HVS7278

RENAVAM	MARCA / MODELO
682363502	VW/GOL MI

ANO FAB.	CAT. TAR.	NR. CHASSI
1997	01	9BWZZZ377VT157291

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
28.66	3.18	31.84

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4.15	0.26	68.10

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	22/12/2017

DESPACHANTE
LOTE/D SEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: AFZ159298 09.248.608/0001-04

JUN-2017

13/09/2018 15:41:21
ASL-0208166/18
elverson.silva
13/09/2018 15:41:21

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-F FORTALEZA/CE

Declaração

Eu, Diego Timoteo Brito, RG 2004009054271
CPF 018.083.173-12, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 10/03/2018 fui socorrido por Popularem Telefone: (88) 9.96052991 e levado ao hospital: Regional Dr. Pontes Neto.

Declaro que 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, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder 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/declaração 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 inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*
>
> *Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís 346, Loja 147-FORTALEZA/CE

Local: Quixeramobim UF: Ce Data: 24/05/2018

Diego Timoteo Brito

Declaração

Eu, Diego Temoteo Brito, RG 2004009054271 CPF 018.983.173-13, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 10/03/2018 fui socorrido por Populaxem, Telefone: (88) 9.96052951 e levado ao hospital: Regional Dr. Pontes Neto.

Declaro que 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, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder 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/declaração 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 inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*
>
> *Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís 300 Loja 147-FORTALEZA/CE

Local: Quixeramobim UF: Ce Data: 24/05/2018

Diego Temoteo Brito

ASL-020816/18 elverson.silva 13/09/2018 15:44:55

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180426436
Cidade: Quixeramobim
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO TEMOTEO BRITO
Data do acidente: 10/03/2018
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180426436
Cidade: Quixeramobim
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO TEMOTEO BRITO
Data do acidente: 10/03/2018
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147 / FORTALEZA/CE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Diego Timóteo Brito
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2004009594 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** 25/09/17
CPF: 018.983.173-13
Endereço: Rua Paraíba Mil - 140 - Dist. de São Miguel
Quixeramobim/Ce

OUTORGADO:

Nome: Paulo José Alves de Morais
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Recusa - se informar
Identidade: 2000023277115 **Órgão Emissor** SSP/CE **Data de Emissão:** 14/02/05
CPF: 020.643.123-66
Endereço: Rua José Campos Torquato - S/N - BK05
Rodoviária - Quixeramobim/Ce.

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por invalidez referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendencias, perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/Ce 24/05/2018
Local e data

RECONHEÇO 1º OFÍCIO

Diego Timóteo Brito
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconhecido(s) firma(s) por autenticidade: Diego Timóteo Brito
Quixeramobim/CE 14 MAI 2018
MARIA PATRICIA FARIAS DE ALBUQUERQUE
LIANA DIAS LEMOS LIMA
LUCIELLY MORAIS MACIEL
ESCREVENTES

LIDER SEGURADORA S/A
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
LIDER SEGURADORA S/A.
Av. Dom Luís, 300, Loja 1417 FORTALEZA/CE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Diego Temoteo Brito
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2004009094741 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** 25/09/17
CPF: 018.983.173-13
Endereço: Rua Parada Mil - 140 - Dist. de São Miguel Quixeramobim/Ce

OUTORGADO:

Nome: Paulo José Alves de Morais
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Recusa - se informar
Identidade: 2001023271-5 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** 14/02/05
CPF: 020.643.123-66
Endereço: Rua José Campos Torquato - S/N - BX 05 Boloniario - Quixeramobim/Ce.

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por Invalidez referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendencias, perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/Ce 24/05/2018
Local e data

RECONHEÇO 1º OFÍCIO

Diego Temoteo Brito
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade: Diego Temoteo Brito
Quixeramobim/CE 24 MAI 2018
KARLA PATRICIA FARIAS DE ALMEIDA
LIANA DIAS LEMOS LIMA
JANELLY NOGUEIRA MACIEL
ESCREVENTES
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
CI178.652

ASL-0208166/18 marilangela.ferreira 29/06/2018 17:41:47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S/A.
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Diego Temoteo Brito
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2004009054271 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** 25/09/17
CPF: 018.983.173-13
Endereço: Rua Parada Mil - 140 - Dist. de São Miguel Quixeramobim/Ce

OUTORGADO:

Nome: Paulo José Alves de Morais
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Recusa - se informar
Identidade: 2001002327715 **Órgão Emissor:** SSP/CE **Data de Emissão:** 14/02/05
CPF: 020.643.123-66
Endereço: Rua José Campos Torquato - S/N - BX 05 Rodoviario - Quixeramobim/Ce.

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por Invalidez referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendencias, perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/Ce 24/05/2018
Local e data

RECONHEÇO 1º OFÍCIO

Diego Temoteo Brito
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade: Diego Temoteo Brito
Quixeramobim/CE 24 MAI 2018
KARLA PATRICIA FARIAS DE ALMEIDA
LIANA DIAS LEMOS LIMA
DANIELLY MORAIS HACIEL
ESCREVENTES
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
SELO DE AUTENTICIDADE
VMC 02
RECONHECIMENTO DE FIRMA
CJ178.652

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336050/18

Número do Sinistro: 3180426436

Vítima: DIEGO TEMOTEO BRITO **Data do acidente:** 10/03/2018

CPF: 018.983.173-13 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** DIEGO TEMOTEO BRITO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

DIEGO TEMOTEO BRITO : 018.983.173-13

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/10/2018	Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS	Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 020.643.123-66	CPF: 067.686.643-36
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS	ELVERSON ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336050/18

Vítima: DIEGO TEMOTEO BRITO **Data do acidente:** 10/03/2018

CPF: 018.983.173-13 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** DIEGO TEMOTEO BRITO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS : 020.643.123-66

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DIEGO TEMOTEO BRITO : 018.983.173-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 13/09/2018	Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS	Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 020.643.123-66	CPF: 067.686.643-36
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS	ELVERSON ALVES DA SILVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO TEMOTEO BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000029110-3

Nr. da Autenticação EE2A41978DEF55CC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO TEMOTEO BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000029110-3

Nr. da Autenticação EE2A41978DEF55CC