



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Nome: Carlos Alexandre Carvalho de Oliveira
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Pintor CPF Nº 022488683-59
 RG Nº 2002009061700 Residente e domiciliado na
Rua - Paraíso Verde Nº 881A Complemento:
 Bairro: Amidizinho CEP:
60732-795 Cidade: Fortaleza - CE
 Tel.: 997997020 Cel.: 988097536
 E-mail: Carlosmarco.Pinturas@gmail.com

OUTORGADO: **ANTÔNIO ADRIANO DA SILVA COSTA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Ceará sob nº 39.222, CPF Nº 012.472.933-94, e-mail: adrianocosta8715@gmail.com, telefone (85) 9.8715-5126.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o Outorgante nomeia e constitui o Outorgado como seu bastante procurador, onde com esta se apresente, outorgando-lhe os necessários poderes para representá-lo em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal ou fora dele, bem como perante as repartições públicas ou entidades de natureza privada, em qualquer ação em que for Autor, Réu, Assistente, Oponente ou Interessado, podendo para tanto ajuizar, requerer, recorrer, assinar com poderes para transigir, desistir, reconvir, acordar, concordar, discordar, ratificar, receber e dar quitações, acompanhar quaisquer processos em todos os termos ou instâncias, firmar compromissos de toda espécie e, ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao fiel e integral cumprimento do presente mandato, para o que se conferem os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, podendo para isso, usar de todos os recursos permitidos em direito, em qualquer Instância, Tribunal, podendo substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas dos poderes aqui conferidos.

Carlos Alexandre Carvalho de Oliveira
 OUTORGANTE

Fortaleza/CE, 19 de setembro de 2019.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Carlos Alexandre Corralho de Oliveira,
 nacionalidade: Brasileira, profissão: Pintor,
 estado civil: Casado, portador do RG
 nº 2002009061700, e do CPF nº 022488683-59,
 residente e domiciliado na rua
RUA - Pimenta Verde 881A

,DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando portanto da GRATUIDADE DA JUSTIÇA, nos termos do art. 98 e seguintes da lei 13.105/2015 (código de processo civil). Requeiro, ainda que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza-CE, 19 de Novembro de 2019.

Carlos Alexandre Corralho de Oliveira

NOME COMPLETO

Nº DO CLIENTE

8746

Para agilizar seu atendimento,
sempre que entrar em c

criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Enel Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
60135-040 | Fortaleza CE
001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 526989714

Rota 18 01250 16 491400 - 8 Data de Emissão 25/05/2018

Nome MARIA MONICA DE SOUSA ALEXANDRE

End. Postal RU PARAISO VERDE 00881 CS A
CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60732795

Medidor 74819 Poste 0000 T73P

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 012898243-80 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2018
Data da Apresentação 25/05/2018
Previsão Próxima Leitura 27/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 0000 JFRI14
Mês Mai/2018 EUSD 26,64
DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 198,80
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 53,68

Padrão Individual Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	18,38	28,77	1,92	1,92	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC	2,94			1,92		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8640,749E,5RE3,2665,8007,0527,28FE,1594F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7653	7466	1,00	187	0,00	30	0,24480	7,34
					70	0,41967	25,37
					57	0,62951	54,77
25/05/18	25/04/18		30 DIAS		187		91,48

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	91,48
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,62
JUROS DO MES	0,67
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,62
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,57)	

VENCIMENTO 15/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 115,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	3,67
Distribuição	19,63
Encargos Setoriais	5,26
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	40,78
TOTAL	109,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
199	187	185	180	189	194	264	0	0	0	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg CO₂ 0,00 Compensado kg CO₂ 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previsão Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e/o 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
04/2018	116,47
Total	116,47

Consta desta fatura R\$ 5,39 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,74% e COFINS:3,39%
(Art. 9 Rev. 100/2005 - ANEEL, e leis n. 10.637/02 e 10.293/03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.393/2018, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 100Kwh (quinhentawatt-hora). Informações: w
www.aneel.gov.br

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

NOME
CARLOS ALEXANDRE CARVALHO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2002009061700 SSP CE

CPF
022.488.683-59 DATA NASCIMENTO
12/12/1988

FILIAÇÃO
JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA
VERA LUCIA CIPRIANO DE CARVALHO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05332321653 VIGÊNCIA
12/04/2021 1ª HABILITAÇÃO
20/10/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

ASSINATURA DO PORTADOR
Carlos Alexandre Carvalho de Oliveira

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
15/04/2016

ASSINATURA DO FISCAL
João Vitor 69730164264
CE152931651

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1277275973

PROIBIDO PLASTIFICAR
1277275973



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019756397



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 2130 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/10/2019 12:27:48**
Data / Hora da Ocorrência: **25/08/2018 20:10:00**
Endereço da Ocorrência: **R 24 DE MAIO PAJUÇARA, PAJUÇARA - MARACANAU/CE**
Ponto de Referência: **GALPÃO DE TECIDOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS ALEXANDRE CARVALHO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **12/12/1988** CPF: **022.488.683-59**
RG: **2002009061700** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **VERA LUCIA CIPRIANO DE CARVALHO**
JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA PARAISO VERDE, 881 CASA A**
Bairro: **SERVLUZ**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9794-7020**

Histórico

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTO HONDA/NXR150 BROS MIX SS, DE COR VERMELHA, ANO 2010, CHASSI: 9C2KDO520AR025228, DE PLACA: NUU9941-CE/FORTALEZA, EM NOME DE JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA, QUANDO A VITIMA AO APROXIMAR DO 4º ANEL VIARIO, E SEM ILUMINAÇÃO QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO VINHA NA CONTRA MÃO CAUSANDO O ACIDENTE BATENDO NA VITIMA, QUE AO CAIR AO SOLO PERDEU OS SENTIDOS, E COM A CHEGADA DO SAMU, ENCAMINHOU A VITIMA PARA O IJF CENTRO DE FORTALEZA, SENDO ATENDIDO COM TRAUMA EM PÉ DIREITO COM PERDA DE TECIDO, SENDO SUBMETIDO A TRES CIRURGIA. E MAIS NÃO D I S S E .

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]* "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]* LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 10/06/2019 8:2:1

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/08/2018 21:09:10	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700505121983859	NOME: CARLOS ALEXANDRE CARVALHO DE OLIVEIRA		Registro: 5577675		
CPF: 02248868359	RG: 2002009061700	D. NASC: 12/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: VERA LUCIA CIPRIANO DE CARVALHO			NOME DO PAI: JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: D		Nº: 130	BAIRRO: CANINDEZINHO	
COMPLEMENTO: CASA A	TELEFONE: , 988917080	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60734040	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USI 140 COND HEMERSON		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas					
QUEIXAS: colisão moto x moto há 2hs trazido pelo samu não lembra do ocorrido . queixa de dor em região lombar , apresenta trauma em pé D com perda de tecido					
OBSERVAÇÕES: trauma maior. mecanismo de trauma significativo					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 10/06/2019
MATRÍCULA 13826
SERVIDOR(A) *Eduardo Moreira*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019756388



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 2130 / 2019

GUIA Nº 129 - 337 / 2019

MARACANAU, 22 de Outubro de 2019

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **CARLOS ALEXANDRE CARVALHO DE OLIVEIRA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Data de Nascimento: **12/12/1988**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Profissão: **AUTONOMO**

Filiação: **JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA**

VERA LUCIA CIPRIANO DE CARVALHO

Documento de Identificação: **RG**

Número: **2002009061700**

Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

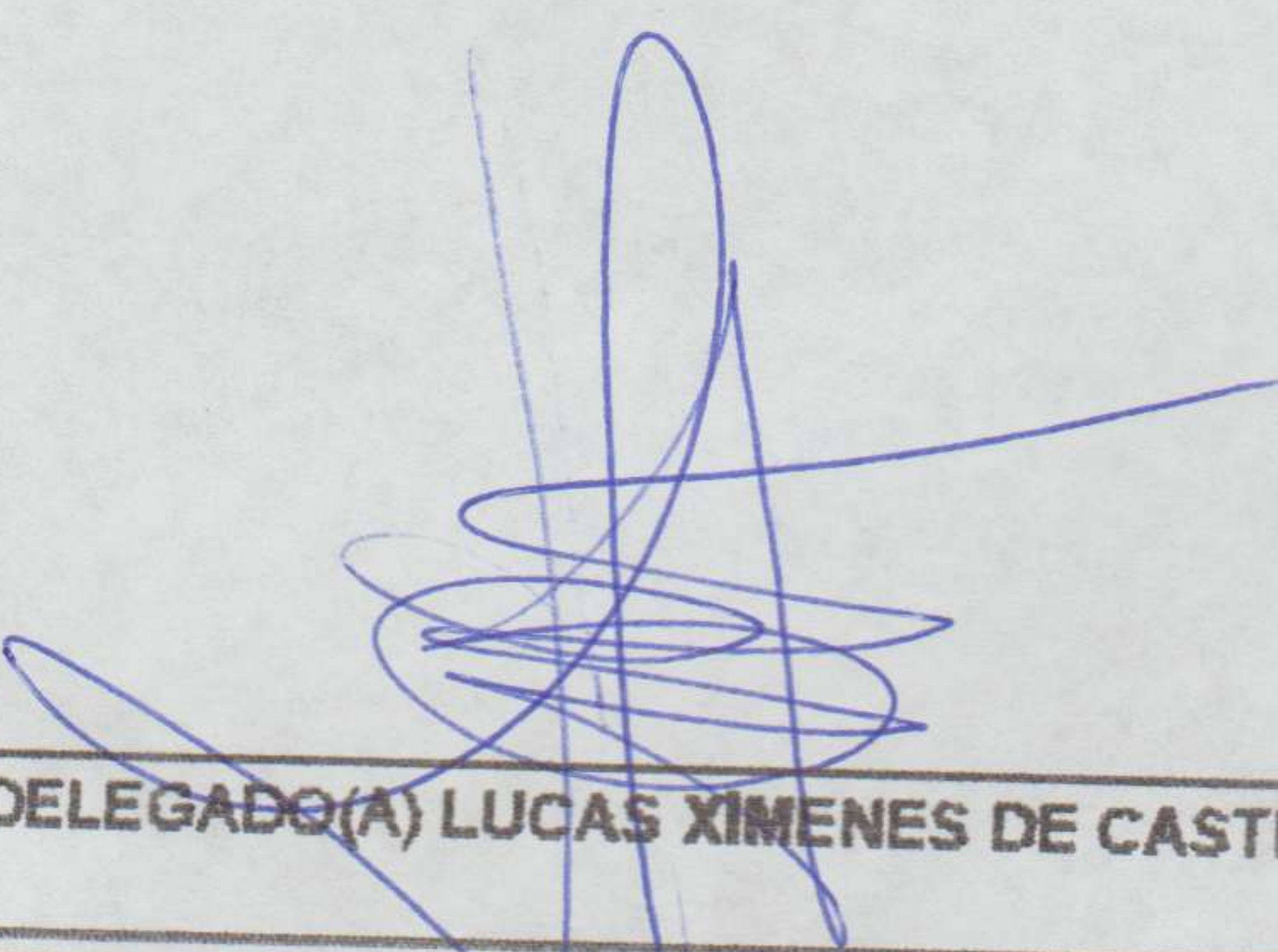
Residência: **RUA PARAISO VERDE, 881 CASA A, SERVLUZ - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R 24 DE MAIO PAJUÇARA, PAJUÇARA - MARACANAU/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **25/08/2018 20:10**

Observação: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL**


DELEGADO(A) LUCAS XIMENES DE CASTRO - 3011812-X

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 129 - 337 / 2019 em ____/____/____.

Impresso em: 22/10/2019 12:41:22



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5577675

NOME: CARLOS ALEXANDRE CARVALHO DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1988

PAI: JOSÉ AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA

MÃE: VERA LUCIA CIPRIANO DE CARVALHO

DATA DE ATENDIMENTO: 25/08/2018

DATA DE SAÍDA: 10/10/2018

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 25/08/2018, ÀS 21:09min, COM FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE ESMAGAMENTO DE PE DIREITO NO DIA 26/08/2018 PELO DOUTOR MARCIO OTOCH, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE COM LIMPEZA CIRURGICA DE PE DIREITO NO DIA 30/08/2018 PELO DOUTOR JOSAFÁ FERNANDES, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A PREPARO DE FERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLASTICA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM ENXERTO DE PELE EM PE DIREITO NO DIA 05/10/2018 PELO DOUTOR JOAQUIM JOSE, CIRURGIÃO PLASTICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/10/2018 COM RETORNO AGENDADO AMBULATORIALMENTE PARA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

“DECLARAÇÃO DIGITADA EM 26/05/2019”

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Médico

CRM 5403

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF**

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014138363935
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 COD. RENAVAM 199257108 RN.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE AMARILDO ALVES DE OLIVEIRA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 26788888353 PLACA NUU9941/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KD0520AR025228

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS MIX ES ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A
FAIXA LVVA PARCELAMENTO / COTAS

1º
2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 07/05/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 22/05/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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 014138363935 BILHETE DE SEGURO DPVAT

26788888353 NUU9941/CE

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

014138363935 65128166040

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 22/05/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 26788888353 PLACA NUU9941

RENAVAM 199257108 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS MI

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. PART Nº CHASSI 9C2KD0520AR025228

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29 DENATRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185.50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

MOTOR: KD05E2A025228 02015



NÃO ALFABETIZADO

34
impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

28 - Vítima teve filhos? ☐ Não ☐ Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não ☐ Sim	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Não ☐ Sim	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Não ☐ Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não ☐ Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Não ☐ Sim
25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Vítimo					
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não					
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Vítimo					
24 - Data do óbito da vítima:					

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:
8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0920 CONTA: 37443 (informar o dígito se existir)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 37443 CONTA: 2 (informar o dígito se existir)

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

23 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0920 CONTA: 37443 (informar o dígito se existir)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 37443 CONTA: 2 (informar o dígito se existir)

24 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

25 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0920 CONTA: 37443 (informar o dígito se existir)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 37443 CONTA: 2 (informar o dígito se existir)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE