



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Rafaela Lima de Farias, portador(a) do

RG nº 2007884025-7, expedido por SSP-CE, em

30/05/11, CPF/CNPJ nº 608.199.163-66,

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

Pires Meta do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

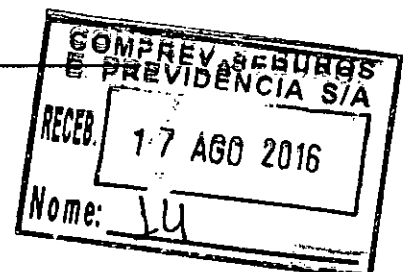
da vítima Franciilton Pires Meta, e conforme

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

Profissão: Recurso informal Renda Mensal: R\$ Recurso informal

Documentos comprobatórios: _____

*Maria Rafaela Lima de Farias
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





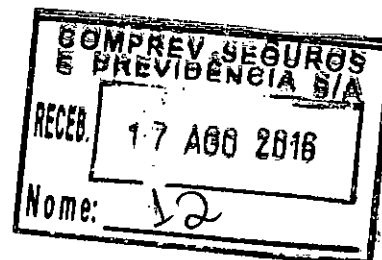
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariu Rapsela Lima de FariasRG nº 2007884025, Data de expedição 30/05/11, Órgão SSP-CE

CPF nº 608.199.163-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua - 09</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>A Conj. Industrial</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Maracanã</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>61900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 98752-7302 (85) 99694-1099</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maracanã - CE 05.08.16Assinatura do Declarante: *Mariu Rapsela Lima de Farias

5733025-5

Atividade Social da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

conlce

Rua Padre Valdivino, 150
CEP 42.350-140, Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 05.238.105.343-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SERVIÇO DE CONSUMO 12.1524184

Rua 19 26001 15 190000 - 8 Data de Emissão 25/02/2016

Nome MARIA DAS GRACA DE LIMA

End. Postal RUA 09 A CONJ INDUSTRIAL 00019
CENTRO - MARACANAU - 61900000

Medidor 2289232

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 679437643-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2016	25/02/2016	28/03/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Veja a legenda no verso desta conta.		
Mês	Dez 2015	EURO 33,16
	BIQR1 = 0,00 F	

ICMS		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
118,78	27,00%	22,07

Padrão Individual			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		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5778.430-1 E247.DFSE.GF-0.046B.144-F.3062

INFORMAÇÕES SOBRE FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
57922	57642	1.00	180	0,00	180		118,78
25/02/16	26/01/16	30 DIAS			180		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	118,78
MULTA MORATORIA REF 11/2015	1,96
JUROS DO MES	0,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	26,76
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,57)	

VENCIMENTO 28/03/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 147,80

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	55,30
Transmissão	1,14
Distribuição	21,57
Encargos Setoriais	3,09
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	37,69
TOTAL	119,78

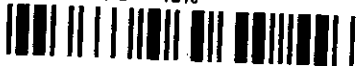
HISTÓRICO DE CONSUMO											
160	180	165	171	144	133	105	142	175	187	175	162

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecopico.		
Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
77,80	0,00%	0

Informações importantes e avisos de vencimento

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimo até esta data, no valor de R\$ 117,33. Seu fornecimento de energia elétrica poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da data vencida e não paga.

COMPREV SEBUBBS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 17 AGO 2016
Nome: 13



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francielton Pires Mota

RG nº 2005013007051, data de expedição 24/09/13, Órgão SSP DS-CE

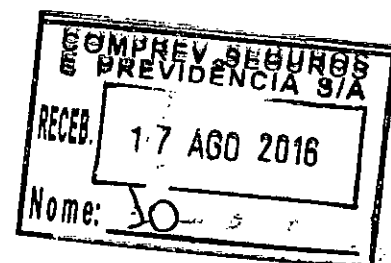
CPF nº 031.846.803-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Siquiera Campos</u>
Número	<u>1075B</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Camindizinho</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>61.900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 98752-7302 (85) 99694-1099</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maracanã-CE 05.08.16

Assinatura do Declarante: FRANCIELTON PIREZ MOTA



Nº DO CLIENTE

2912773-4

Para a: "por seu atendimento, utilize o nº de identificação que aparece no cartão cliente."

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelco

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) - SÉRIE 400 V 432723453

Rota 18 01250 30 053000 - 8 Data de Emissão 25/05/2016

Nome NOEMIA PIRES MOTA

End. Postal RU SIQUEIRA CAMPOS 01075 CS B
CANINDEZINHO - FORTALEZA - 61900000

Medidor 12236731

Posto 0000: C16L

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 721114963-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2016	25/05/2016	25/06/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BOM JARDIM
Mês Mai/2016 EUSD 25,78

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
115,81	27,00%	31,26

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,19	10,38	20,77	0,00	0,34	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	1,00	0,00
DMIC	2,24			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1827	18105	1,00	168	0,00	70	0,4127	7,23
					98	0,41361	28,95
					98	0,62042	42,19
							78,37

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	78,37
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,11
MULTA MORATORIA REF 02/2016	2,12
JUROS DO MÊS	0,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,43
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,98
SEG FAMILIA RES SUP 3 + 1 PLAN01-08006000560	4,23

VENCIMENTO 10/06/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 107,65

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	34,29
Transmissão	0,85
Distribuição	11,98
Encargos Satoriais	6,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	37,37
TOTAL	90,49

Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
214	168	189	171	202	289	218	188	214	197	254	218	261

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Coelco.		Consciência Ecológica (% CO ₂)
Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	
72,61	0,00	0%

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso. Seque o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrada desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos GRUPOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
04/2016	114,29
Total	114,29

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

RECEB. 17 AGO 2016

Nome: J.J.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francielton Pires Mota
Endereço do(a) Examinado(a): R Siqueira Campos, 1075 B
Canindezinho Fortaleza CE CEP: 60732-260
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2005013007051
Data local do exame: [14/11/2016] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO

APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(☒) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(☒) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO TORNOZELO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Data da alta: FEV/2016

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Complicações: AUSENTE

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(☒) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, PELA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, PELA ALTERAÇÃO DA MARCHA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


J. Oliveira Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

POLÍCIA CIVIL CEARÁ
PM - 14º - Distrito Policial
Rua 10 - S/N - Conjunto Industrial
FONES: 3101-2944/3101-2945

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 1341 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **25/09/2015 15:11:40**

DOCUMENTO 1 *T1%*

Data / Hora da Ocorrência : **17/07/2015 04:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ROD DO 04º ANEL VIÁRIO**



DISTRITO INDUSTRIAL MARACANAÚ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCIELTON PIRES MOTA**

Nascimento : **14/03/1989**

RG: **2005013007051** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **FRANCISCO PEREIRA MOTA**

NORMIA PIRES MOTA

Endereço: **R SIQUEIRA CAMPOS 1075**

JARDIM JATOBA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **985231649**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE, QUE NO DIA 17 DE JULHO DO ANO EM CURSO, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSA-6845 (HONDA/CG 150 FAN ESDI, RENAVAM: 00588762105, CIIASSI:9C2KC1680ER460179, COR PRETA, EM NOME DE FRANCIELTON PIRES MOTA), PELA RODOVIA DO 04º ANEL VIÁRIO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA INDÚSTRIA JAGANDEIRO TÊXTIL, BAIRRO DISTRITO INDUSTRIAL, FOI SURPREENDIDO POR HOMEM QUE JOGOU UM CARRINHO (DESSES FEITO COM MATERIAL DE GELADEIRA) NA FRENTE DA MOTOCICLETA, TALVEZ PARA LHE ASSALTAR, OPORTUNIDADE QUE ATINGIU O SEU PÉ; QUE NÃO CHEGOU A CAIR IMEDIATAMENTE, PORQUANTO TENTOU SE EQUILIBRAR NA MOTOCICLETA, MAS NÃO CONSEGUIU E DESCEU UM BARRANCO ALI EXISTENTE, E VEIO LESIONAR-SE; QUE POR CONTA DAS LESÕES, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, A QUAL LHE CONDUZIU PARA O HOSPITAL DE MARACANAÚ, MAS COMO ALI NÃO HAVIA MÉDICOS, FOI RECAMBIADO PARA A ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DA PAJUCARA (HOSPITAL DO DIONÍSIO) ENADA MAIS DISSER.....

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL**

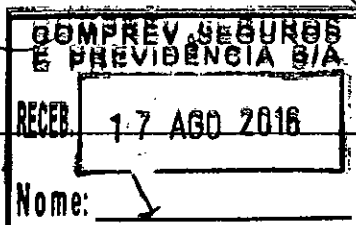
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANIEL ALVES DE MORAIS - MAT.: 733999

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **FRANCIELTON PIRES MOTA**

VISTO DO DELEGADO(A):

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO

Eu, FRANCIELTON PIRES MOTA,
portador(a) da carteira de identidade nº 2005013007051 SSP - CE e inscrito(a) no CPF/MF sob
o nº 031.846.803-47, residente e domiciliado (a) na
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 1075B, Cidade FORTALEZA,
Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do
Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº
6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou

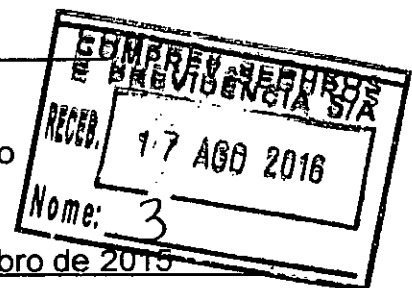
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

x FRANCIELTON PIRES MOTA

FRANCIELTON PIRES MOTA
Assinatura do(a) declarante
conforme documento de identificação



FORTALEZA - CE, 25 de setembro de 2015

DOCUMENTO 3 *T3%*



DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

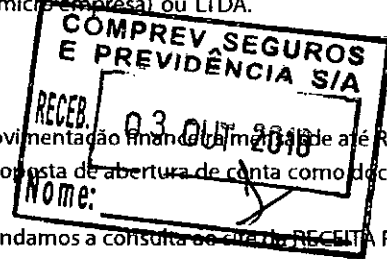
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francielton Pires Mota
PORTADOR(A) DO RG Nº 2005013007051 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 24/09/13 E
CPF 031846803-47 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO operador
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francielton P. Mota, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0710637-8

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

Muracema 16 de Setembro de 2016 FRANCIELTON P. R. S. MOTA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
 0014284 NERC PRACA 16/09/2016
 BRADESCO
 16:09:38 (Horario de Brasília)
 *****6371 ID:93120011-9171

Extrato

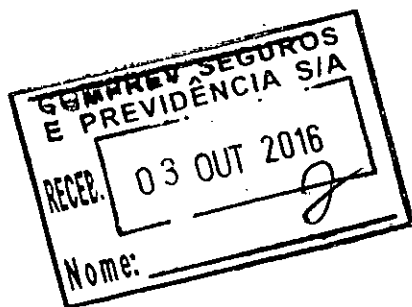
EXTRATO CONTA FACIL TERM.00014284
 FRANCIELTON PIRES MOTA 16:10HRS
 AGÊNCIA 1234 CONTA 071063/-8 16/SET/2016

DISPONIVEL
 = TOTAL DISPONIVEL 41,60-
 + CONTA FACIL (C/C + POUF) 41,60-
 TOTAL DE RECURSOS 41,60-

LIMITES DE CREDITO
 CREDITO PESSOAL 2.370,00
 LIMITE UTILIZADO 0,00
 LIMITE A UTILIZAR 2.370,00

MOVIMENTAÇÃO CONTA FACIL - (C/C + POUF)
 ----- JULHO/2016 -----
 DIA HISTORICO N.DOC TO VALOR
 SALDO ANTERIOR 0,00
 ----- AGOSTO/2016 -----
 27 DEP C/C AUTOAT 6241174 240,00
 Ags0649maq036241seq09174
 GASTO C CREDITO 3990235 232,66-
 TARIFA BANCARIA 0090616 7,34-
 VR.PARCIAL CESTA B.EXPRESSO
 S A L D O 0,00
 ----- SETEMBRO/2016 -----
 16 TARIFA BANCARIA 0110716 13,20-
 CESTA BRADESCO EXPPE
 TARIFA BANCARIA 0110816 14,20-
 CESTA BRADESCO EXPPE
 TARIFA BANCARIA 0120916 14,20-
 CESTA BRADESCO EXPPE
 SALDO TOTAL 41,60-

LANCAMENTOS FUTUROS - CONTA FACIL
 ----- SETEMBRO/2016 -----
 DIA HISTORICO N.DOC TO VALOR
 20 GASTO C CREDITO 3720253 401,72-
 TOTAL EM 20/09/2016 401,72-



Demonstrativo para simples conferencia.
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
 Fone Facil - 4002 0027/0800 570 0022.
 SAC - Alo Bradesco - 0800 704 8383.
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 Ouvidoria - 0800 727 9933 das 8 as 18h,
 segunda a sexta-feira, exceto feriado.
 Declaracao de Quitacao Anual de Tarifas
 PF ja esta disponivel para consulta.

Obrigado
 "Tenha uma boa tarde"

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
 Impressao em papel termossensivel com
 vida util de 5 anos. Evite contato com
 plasticos, produtos quimicos, exposicao
 ao calor, umidade, luz do sol e lampadas.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

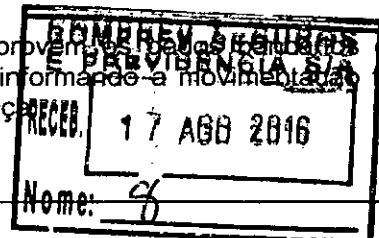
Eu **FRANCIELTON PIRES MOTA**
 PORTADOR (A) DO RG Nº. 2005013007051 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 23/11/2010
 CPF/CNPJ Nº. 031.846.803-47, PROFISSÃO OPERADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
FRANCIELTON PIRES MOTA AUTORIZO A
 SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS
 INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0710 637-8

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

Nº BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

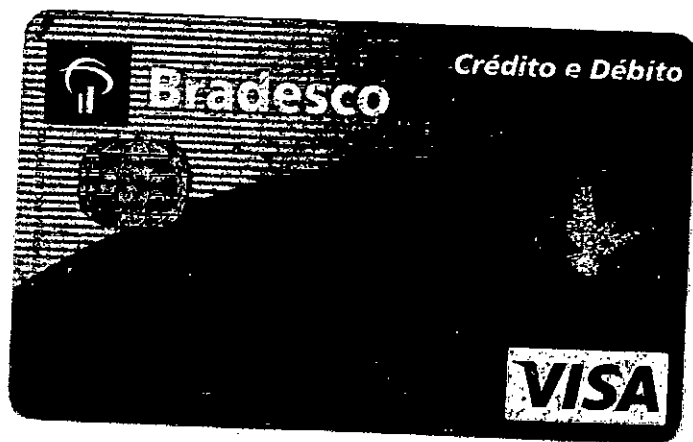
FORTALEZA - CE, 25 de setembro de 2015

LOCAL E DATA

FRANCIELTON PIRES MOTA
 ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

! ATENÇÃO

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



COMPREY SEGUROS & PREVIDENCIA S/A	
RECEB.	17 AGO 2016
Nome:	9



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2016

Carta nº: 9604286

A/C: FRANCIELTON PIRES MOTA

Sinistro: 3160510768 ASL-1027403/16
Vitima: FRANCIELTON PIRES MOTA
Data Acidente: 17/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2016

Carta nº: 9601191

A/C: FRANCIELTON PIRES MOTA

Sinistro: 3160510768 ASL-1027403/16
Vitima: FRANCIELTON PIRES MOTA
Data Acidente: 17/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2016

Carta nº: 10063071

A/C: FRANCIELTON PIRES MOTA

Sinistro: 3160510768 ASL-1027403/16
Vítima: FRANCIELTON PIRES MOTA
Data Acidente: 17/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FRANCIELTON PIRES MOTA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001234-3**

Conta: **00000710637-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2016

Carta nº: 10011174

A/C: FRANCIELTON PIRES MOTA

Sinistro: 3160510768 ASL-1027403/16
Vítima: FRANCIELTON PIRES MOTA
Data Acidente: 17/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCIELTON PIRES MOTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000000710637-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1811201605000000000023701234000000710637472500 PAGO



PROCURAÇÃO

Outorgante: Francielton Pires Mota, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Siqueira Campos, nº 1015 B, bairro Camim de Zimbro, Município de Fortaleza, Estado de(o) CE, Cep: 60.000-000, portador(a) do Rg nº 2005013007051, SSP/CE e CPF nº 031.846.803-47.

Outorgado: Maria Rafaela Lima de Sousa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua 9A, nº 19, bairro Camim Industrial, Município de Maracanaú, Estado de (o) CE, Cep: 60000-000, portador (a) do RG nº 2007884029-7, SSP/CE e CPF nº 608.199.163-66.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francielton Pires Mota, ocorrido em 17.1.07.145, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

..... 03 de MAIO de 2016.



FRANCIELTON PIRES MOTA
Outorgante
CPF Nº 031.846.803-47

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

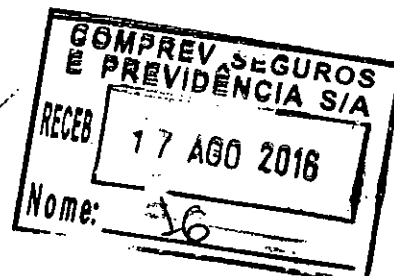
ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARQUES - 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS PÚBLICOS
TABELIA: BELª ANA VIRGINIA DE PAULA MARQUES - CNP: 23.719.610/0001-45
Av. Dr. Mendel Steinbruch, Nº 271 LJ. 07/08 - Pajuçara - CEP: 61.910-000 - Maracanaú - CE
Tel: (85) 3293.1956 / 3293.1888 - E-mail: contato@cartoriomarques.com.br / www.cartoriomarques.com.br

Reconheço
firma de: FRANCIELTON PIRES MOTA
Maracanaú/CE, 03/05/2016 16:50:30.
test. WANE Cardar verdade.
MEDRADO SAN VALIDO somente com
selo de autenticidade CA283816

2º OFÍCIO DE NOTAS E



Confira os dados
selo digital tipo Quilômetro



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160510768 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCIELTON PIRES MOTA **Data do acidente:** 17/07/2015 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160510768 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCIELTON PIRES MOTA **Data do acidente:** 17/07/2015 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011994148300
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COC-RENAVAM BNT/C EXERCÍCIO
FRT 01 005887 000000 2015

FRANCETE BENEVIDES LÍDER
FORTEALEZA/CE
031846845/CE
PLACA ANTIGA /CE 9C2K016845/179
COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

PAR/MOTOCICLO HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014
CATEGORIA PARTIC
CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC
VENC. COTA ÚNICA 1º 11/11/11
FAIXA I.P.V.Z. PARCELAMENTO/COTAS 2º 11/11/11
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,13 COTA ÚNICA 11/11/11

PREMIOS
PRÊMIO TOTAL (R\$) 4,13
OBSERVAÇÕES
FORTEALEZA/CE 15/07/2015

FORTEALEZA/CE 15/07/2015
15/07/2015

15/07/2015

15/07/2015

15/07/2015

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

CE Nº 011994148300 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 03184680347
RENAVAM 00588762105
ANO FAB. 2013 COTIZ. -09
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI
MOTOR 9C2K016845/179

PRÊMIO TARIFÁRIO
FAIXA (R\$) 129,04
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13
COTA ÚNICA 11/11/11

PREMIOS
PRÊMIO TOTAL (R\$) 4,13
OBSERVAÇÕES

FORTEALEZA/CE 15/07/2015

15/07/2015

15/07/2015

DOCUMENTO 6 *T6%*



COMPRAV SEGURO
REVIDÊNCIA 9/14
17 AGO 2016
Nome: A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
SECRETARIA DE TRIBUTAÇÃO E FISCALIA
SECRETARIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

 Polegar Direito 

Maria Rafaela Lima de Farias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
608.199.163-66

Nome
MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

Nascimento
23/06/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 3 *T36*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007884025 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/05/2011

NOME
MARIA RAFAELA LIMA DE FARIAS

FILIAÇÃO
MARIO GERSON MONTEIRO DE FARIAS
MARIA DAS GRAÇAS LIMA

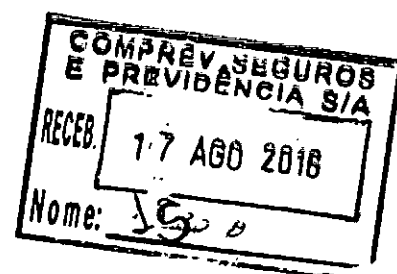
NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE DATA DE NASCIMENTO
23/06/1994

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:2267 FOLHA:266 V
LIVRO:A-002 MARACANAÚ - CE

CPT

1 VIA  ASSINATURA DO DIRETOR P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: FRANCIELTON PIRES MOTA

Registro: 218073

Idade: 26 anos 4 meses 3 dias CNS:

Nome da Mãe: NOEMIA PIRES MOTA

Pai: FRANCISCO FERREIRA MOTA

Endereço: RUA 09, 19 CONJ INDUSTRIAL - MARACANAÚ

RG: Órgão Exp: Expedição: CPF:

Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:

Celular: Telefone: CNS:

DOCUMENTO 4 *T4%*



DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 17/ju/15

Hora: 11:36:32

Médico: CRM:

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL

Atendente: JOABE

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Matrícula:

Forma de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Pte superior de antebraço
de tornozelo (sic) lase

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

EDR / Edema torçao e

EXAMES SOLICITADOS:

Force Rx Torçao e

DIAGNÓSTICO:

Forçao Torçao e ad.

0308090200

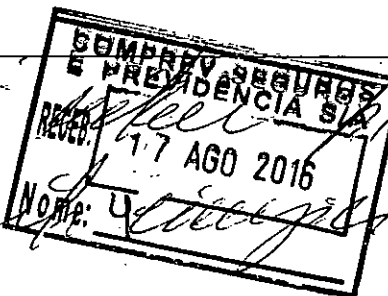
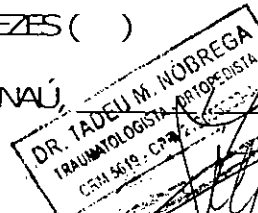
PROCEDIMENTO:

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ



ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
COMISSÃO REVISORA DE PROSECUÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330

COORDENAÇÃO
MARACANAÚ-CE 22/09/2015

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Erika Marques de Freitas

Fisioterapeuta

CREFITO 5998 - LTF

RELATÓRIO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francielton Pires Mota

Vítima de acidente de trânsito em 17/07/2015 sofreu:

Fratura do tornozelo E.

E submeteu-se a tratamento(s):

cirúrgico

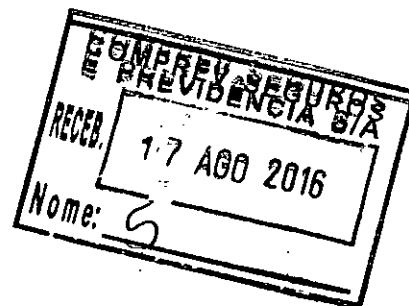
Fisioterapia.

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez com incapacidade funcional de:

Limitação para realizar atividades funcionais por dor e edema leve em tornozelo E; desconforto e dificuldade para realizar movimentos com carga do tornozelo E.

Maracanaú: 25/09/2015


Erika Marques de Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO 5998-LTF



Erika Marques de Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO 5998 - LTF

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

FRANCIELTON PIRES MOTA

DOC. IDENTIDADE / OBSERVAÇÃO IF
 2005013007051 SSPDS CE

CPF 031.846.803-47 DATA NASCIMENTO 14/03/1989

FUNÇÃO
 FRANCISCO PEREIRA MOTA
 NORMIA PIRES MOTA

PRIMEIRO ACC. CATEG. / AB

VEICULO 05583598087 VERDADE 24/05/2017 31/08/2012

EXERCE ATIV REMUNERADA:

FRANCIELTON PIRES MOTA

ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 24/09/2013

ASSINATURA DE EMISSÃO 65004161696 CE137965974

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 874899942

PROIBIDO PLASTIFICAR 874899942

DOCUMENTO 5 *T5%*

