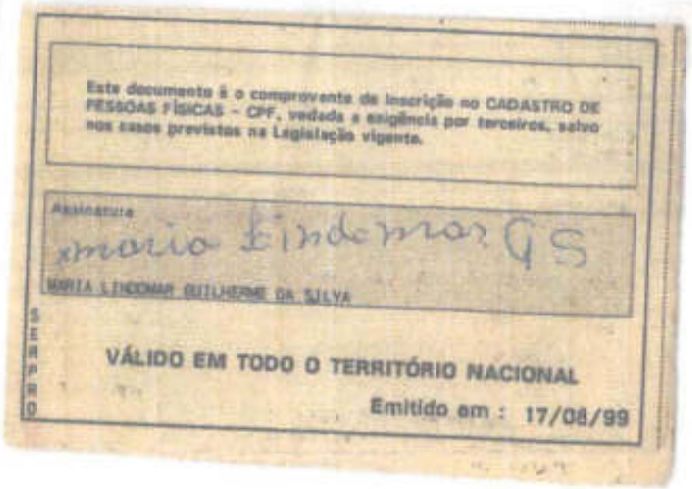


Procuração de cópias

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
APR. 2110

8553131

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

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 545616941

Rota 10 14000 08 185500 - 7
Data de Emissão 16/10/2018

Nome EDILENE SOARES ROCHA
End. Postal AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970
CENTRO - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 644632
Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL TRIFASICO
RG/CPF/CNPJ 650734873-20
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	16/10/2018	14/11/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
177,42	27,00%	47,90

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B145.7046.7907.4125.4861.4288.6014.5223

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto SOBRAL PORTEA
Mês ago 2018 Eqtd 46,91

	Padrão Referência			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,36	20,77	2,09	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			2,09		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit.Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	45676	45463	1,00	213	0,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	16.10.18	17.09.18		29 DIAS		213		177,42

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	177,42
MULTA MORATORIA REF 09/2018	3,25
JUROS DO MES	0,87
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	36,11
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 16,34)	

VENCIMENTO 23/10/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 217,65

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	63,17
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	61,87
TOTAL	177,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

94	213	212	196	66	33	22	30	39	38	40	67	96

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitida kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
83,16	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
O NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da Saude. Gov. Federal

Conta deste faturamento PIS [illegible] e COFINS [illegible]

Bandeira vermelha patamar 2 em outubro com custo de 5,00 reais a cada 100kWh
multipartidarias. Informacoes: www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 21 1º

Nº do Cliente: 8553131
Referência: Out/2018
Data de Emissão: 16/10/2018
Total a Pagar (R$): 217,65
Nº da Nota Fiscal: 545616941
Nº de Controle: 0008553131 00014 39142 93

83820000002-9 17650031000-5 00085531310-2 00143914214-6

NOME
MOTLENE SOARES ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
20170436709 SSPDS CE

CPF
650.734.873-20

DATA NASCIMENTO
01/02/1981

FILIAÇÃO
EXPEDITO MENDES ROCHA
MARIA SUELA SOARES ROCHA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06675350149

VALIDADE
26/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/06/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
12/09/2017

77260446512
CE161108512

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497073959

Procuradora

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
- 5 ABR. 2019

Nº DO CLIENTE

8553131

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

A Tarifa 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 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570239532

Rota 10 14000 08 185500 - 7

Data de Emissão 15/04/2019

Nome EDILENE SOARES ROCHA

End. Postal AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970
CENTRO - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 644632

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL TRIFASICO

RG / CPF / CNPJ 650734873-20

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
146.96	27.00%	39.67

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7EC1.77E9.31B7.CE38.2B5B.FFB4.C47A.5AE7

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês Fev/2019 EUSD 46.68

DICRI= 13.22 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5.19	10.38	20.77	0.68	0.00	0.00
FIC	3.23	6.47	12.95	1.00	0.00	0.00
DMIC	2.54			0.68		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	46950	46747	1.00	203	0.00	203	0.72297	146.96
	15/04/19	16/03/19		30 DIAS		203		146.96

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	146,96
MULTA MORATORIA REF 03/2019	2,82
JUROS DO MES	1,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	29,33

VENCIMENTO 23/04/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 180,35

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	54,66
Transmissão	5,83
Distribuição	31,74
Encargos Setoriais	8,54
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	46,98
TOTAL	146,96

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mar/18	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan/19	Fev
169	203	199	195	215	238	224	213	212	196	86	33	22

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)
79,25	0,00	0 – 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, constatou em nossos controles conta(s) em atraso. Deve o detalhamento do Debito. O nao pagamento da divida implica na possibilidade da suspensao do fornecimento de energia em 15 dias apos a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informacoes aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R$
03/2019	164.57
Total	164.57

Consta desta fatura R$ 7.31 referente a PIS e COFINS.Aliquotas: PIS:0.88% e COFINS:4.10%
Lei 9.718/98, Res. 166/2005 - ANEEL e Leis n. 10.637/02 e 10.833/03

Bandeira verde em abr-19, sem acrescimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor.Informacoes: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 8553131
Data de Emissão: 15/04/2019
Nº da Nota Fiscal: 570239532
Referência: Abr/2019
Total a Pagar (R$): 180,35
Nº de Controle: 0008553131 00020 39202 43

83890000001-3 80350031000-4 00085531310-2 00203920274-3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993
Cidade: Senador Pompeu
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do acidente: 08/10/2018
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: O TCE EVOLUIU COM ANACUSIA DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993
Cidade: Senador Pompeu
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do acidente: 08/10/2018
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: O TCE EVOLUIU COM ANACUSIA DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA **Data do acidente:** 08/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM OTORRAGIA À DIREITA E LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @4 VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTROS ANTERIORES: 2012431602 - OMBRO ESQUERDO EM 50%; 2014131690 - PERDA DA VISÃO DE OLHO ESQUERDO EM 50%. / EM SINISTRO ANTERIOR (3190108007) COM MESMA DATA DE ACIDENTE ATUAL, AVALIADA PELA PERÍCIA EM 08/04/2019; NO ENTANTO, NÃO TINHA APRESENTADO DOCUMENTOS AUDIOLÓGICOS ATÉ ENTÃO. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA **Data do acidente:** 08/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM OTORRAGIA À DIREITA E LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTROS ANTERIORES: 2012431602 - OMBRO ESQUERDO EM 50%; 2014131690 - PERDA DA VISÃO DE OLHO ESQUERDO EM 50%. / EM SINISTRO ANTERIOR (3190108007) COM MESMA DATA DE ACIDENTE ATUAL, AVALIADA PELA PERÍCIA EM 08/04/2019; NO ENTANTO, NÃO TINHA APRESENTADO DOCUMENTOS AUDIOLÓGICOS ATÉ ENTÃO. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993 **Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA**

Data do Acidente: 08/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01301/01302 - carta_01 - INVALIDEZ

00020651

Carta nº 14240844

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do Acidente: 08/10/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01099/01100 - carta_03 - INVALIDEZ
00060550

Carta nº 14245367

:

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ

00050081

Carta nº 14299241

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993 **Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA**

Data do Acidente: 08/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **237**
Agência: **000000722-6**
Conta: **000001004516-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00493/00494 - carta_30 - INVALIDEZ
00030247

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **(assinalar uma das opções):**

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

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

☐ O IML que atende 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 ABR. 2019

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

Número do Sinistro: 3190291993
Nome do(a) Examinado(a): Manoel Bezerra de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Capistrano de Abreu, 51
Centro Senador Pompeu CE CEP: 63600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 201620028940
Data local do acidente: [08/10/2018]
Data local do exame: [22/05/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU, TRANSFERIDA PARA O IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: ANACUSIA DIREITA.
Data da Alta: 10/12/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDAD COMPLETA DA AUDIÇÃO DIREITA, PELA PERDA DA MESMA.

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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

( ) "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):
AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 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

VIII. (*) 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

Dr. André de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **(assinalar uma das opções):**

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

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

☐ O IML que atende 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 ABR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Delegacia Regional de Polícia Cartório Senador Pompeu-Ce

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRENCIA N 551 - 76 / 2019

Dados da Ocorrencia

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/01/2019 15:18:53**
Data / Hora da Ocorrencia: **08/10/2018 17:30:00**
Endereço da Ocorrencia: **AVENIDA CARLOS JEREISSATI**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Municipio: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEIA PUBLICA**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Nascimento: **14/05/1972** CPF: **458.542.383-49**
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: UF:
974208G
Filiação: **MARIA SOCORRO DE LIMA**
ANTONIO DE LIMA
Endereço: **RUA CAPISTRANO DE ABREL, 51**
Bairro: **CARACARA**
Municipio: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **NVE5880** UF: **CE** Municipio: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110AR017625** Renavam: **306912295** Tipo do Veiculo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustivel: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietario: **MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILVA** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Historico

Afirma a vitima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA Hora, dia, e local informado, estava conduzindo sua motocicleta acima mencionada, estava vindo próximo a Cadeia Publica de Senador Pompeu, vinha um rapaz de bicicleta na contramão ao tentar desviar não conseguiu pois já estava muito perto e bateu com o seu veiculo na bicicleta, que a vitima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido pelo SAMU da Cidade e só veio retornar no outro dia. Que a vitima informar que sua esposa falou que a vitima tinha levado uma forte pancada na cabeça e tinha ficado desacordado e em seguida foi sido transferido para o IJF de Fortaleza. Que a vitima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO, Que apresenta como testemunhas, o senhor FERNANDO SOMBRA DA SILVA e a Senhora, FRANCISCA MARIA BEZERRA ALVES DE LIMA conforme documentação anexa. E nada mais disse. Bem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Cartório

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 551 - 76 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSAVEL PELO REGISTRO :

DENYZE SANTANA DE LEMOS - MAT.: 30119134

RESPONSAVEL PELA INFORMACAO: Manoel Barros Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201-

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu - CE
FLS
Cartório
RUBRICA
AUTORIDADE

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 76 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/01/2019 15:18:53**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2018 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CARLOS JEREISSATI**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEIA PUBLICA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Nascimento: **14/05/1972** CPF: **458.542.383-49**
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: UF:
974208G
Filiação: **MARIA SOCORRO DE LIMA**
ANTONIO DE LIMA
Endereço: **RUA CAPISTRANO DE ABREL, 51**
Bairro: **CARACARA**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVE5880** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110AR017625** Renavam: **306912295** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a vítima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA Hora, dia, e local informado, estava conduzindo sua motocicleta acima mencionada, estava vindo próximo a Cadeia Pública de Senador Pompeu, vinha um rapaz de bicicleta na contramão ao tentar desviar não conseguiu pois já estava muito perto e bateu com o seu veículo na bicicleta, que a vítima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido pelo SAMU da Cidade e só veio retornar no outro dia; Que a vítima informar que sua esposa falou que a vítima tinha levado uma forte pancada na cabeça e tinha ficado desacordado e em seguida tinha sido transferido para o IJF de Fortaleza; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor FERNANDO SOMBRA DA SILVA e a Senhora, FRANCISCA MARIA BEZERRA ALVES DE LIMA conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE - Cartório
FLS. _____
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 76 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
DENYZE SANTANA DE LEMOS - MAT.: 30119134

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Rafael Bezerra Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Helder Beserra dos Santos
Delegado de Policia Civil
Mat.300.820-1-X

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **(assinalar uma das opções):**

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

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

☐ O IML que atende 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

FALTA DO ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 09/10/18 HORÁRIO: 18.10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/02/77 IDADE: 48 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Josefina de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Motorista

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Arruda BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmhg SPO_2: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Dor no Peito

HDA: Pct relata quadro de dor em barra de fogo, Cefaleia, Tontura com frequência e Náusea sem perda de consciência e vômito.

DIAGNOSTICO: AVC / Hipertensão Arterial

PRESCRIÇÃO: Tramadol
SSL 100ml
Dipirona + EDT

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Hugo F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2018
MHSI
NPJ: 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 AGR. 2018

03010

INSTITUTO COMPARTILHA
SAMIAC
Uma história dividida dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

FALTA DO ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 09/10/18 HORÁRIO: 18.10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/02/77 IDADE: 48 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Josefina de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Motorista

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Arruda BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmhg SPO_2: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Dor no Peito

HDA: Pct relata quadro de dor em barra de fogo, Cefaleia, Tontura com frequência e Náusea sem perda de consciência e vômito.

DIAGNOSTICO: AVC / Hipertensão Arterial

PRESCRIÇÃO: Tramadol
SSL 100ml
Dipirona + EDT

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Hugo F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2018
MHSI
NPJ: 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 AGR. 2018

03010

INSTITUTO COMPARTILHA
SAMIAC
Uma história dividida dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL BEZERRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000001004516-9

Nr. Autenticação
BRADESCO270520190500000000002370072200000100451633750 0 PAGO

Cagece

Nº de Inscrição:

DADOS DO CLIENTE

Nome: VITOR HANDEL ALVES DE LIMA

End. Leitura: RU CAPISTRANO DE ABREU, S1, CENTRO

Cidade: SOBRAL (TAMBEU) CEP: 03000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Setor: 009 Quadra: 0102 Lote: 0122 Conta: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Valor m³	Média Consumo m³
0210	[illegible]	144	151	7	5

DATAS

Leitura Atual: 05.11.2015 Emissão: 09.11.2015 Leitura Água: 0000150

Leitura Anterior: [illegible] Próxima Leitura: [illegible] Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: [illegible]

Nº do Amostrar	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Objetivo	0,21	0,21	[illegible]	0,21	0,21
Resultado	0,23	0,29	0,12	0,29	0,29
Nº conformidade	0,24	0,29	0,15	0,30	0,29

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

constatamos debito de R$ 25,42. Caso pague, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R$)	Descrição	Valor (R$)
[illegible]	0,21	VALOR DO SER[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	VALOR DO SUBS[illegible]	11,20
		VALOR TOTAL A PAGAR	[illegible]

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	10/12/2015	25,42

[illegible] 0 [illegible] 51 R 022 P 001

Pague sua fatura em: Bradesco, [illegible], Santander, Itaú, [illegible] Magazine, Pontos [illegible] Caixa Econômica Federal e demais lotéricas e correspondentes bancários. Consulte sua agência.

Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: [illegible], nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [illegible] ou na [illegible], de 8h às 12h e 13h às 17h.

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Cagece

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

[illegible] 0122

Inscrição: [illegible] Código de Arrecadador: [illegible] Vencimento: [illegible]

Setor: [illegible] Quadra: [illegible] Lote: [illegible] Conta: [illegible]

Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 10.12.2015 Total (R$): 25,42

82610000000 / 25520009700 4 02039423301 / 01001122015 8

Cagece

Nº de Inscrição:

DADOS DO CLIENTE

Nome: VITOR HANDEL ALVES DE LIMA

End. Leitura: RU CAPISTRANO DE ABREU, S1, CENTRO

Cidade: SOBRAL (TAMBEU) CEP: 03000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Setor: 009 Quadra: 0102 Lote: 0122 Conta: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Valor m³	Média Consumo m³
0210	[illegible]	144	151	7	5

DATAS

Leitura Atual: 05.11.2015 Emissão: 09.11.2015 Leitura Água: 0000150

Leitura Anterior: [illegible] Próxima Leitura: [illegible] Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: [illegible]

Nº do Amostrar	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Objetivo	0,21	0,21	[illegible]	0,21	0,21
Resultado	0,23	0,29	0,12	0,29	0,29
Nº conformidade	0,24	0,29	0,15	0,30	0,29

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

constatamos debito de R$ 25,42. Caso pague, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R$)	Descrição	Valor (R$)
[illegible]	0,21	VALOR DO SER[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	VALOR DO SUBS[illegible]	11,20
		VALOR TOTAL A PAGAR	[illegible]

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	10/12/2015	25,42

[illegible] 0 [illegible] 51 R 022 P 001

Pague sua fatura em: Bradesco, [illegible], Santander, Itaú, [illegible] Magazine, Pontos [illegible] Caixa Econômica Federal e demais lotéricas e correspondentes bancários. Consulte sua agência.

Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: [illegible], nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [illegible] ou na [illegible], de 8h às 12h e 13h às 17h.

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Cagece

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

[illegible] 0122

Inscrição: [illegible] Código de Arrecadador: [illegible] Vencimento: [illegible]

Setor: [illegible] Quadra: [illegible] Lote: [illegible] Conta: [illegible]

Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 10.12.2015 Total (R$): 25,42

82610000000 / 25520009700 4 02039423301 / 01001122015 8

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 EDILENE SOARES ROCHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 25409016000L / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL BEZERRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 458542383 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL BEZERRA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 458542383 / 49, 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: RUA FRANCISCO FRANCA CARDOSO		Número: 470	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: SENADOR POMPEU	Estado: CE	CEP: 63600-000
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: SENADOR POMPEU - CE 28/01/2019

Assinatura do Declarante

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lindomar Guilherme da Silva

RG nº 3009475-96, data de expedição 09/01/96, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 592.129.673-53, com domicílio na cidade de Senador Pompeu, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Geliniano Vitoriano de Oliveira, nº 293, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Manoel Bezerra de Lima, cujo o condutor era Manoel Bezerra de Lima.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: NVE 5880 / CE
Chassi: 9C2JC4110AR017625
Data do Acidente: 08/10/18
Local e Data: Pacoti 2019.

Maria Lindomar Guilherme da Silva
Assinatura do Declarante

1º RCPN

Manoel Bezerra de Lima

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

1º RCPN

RECONHEÇO FIRMA Maria Lindomar Guilherme da Silva
1º OFICIO O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu Ceará de 2019
Em testemunho da Verdade
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
Fone: (88) 3449 0275

CONFERE COM O ORIGINAL
02
Nº CM 719512 ONEM
Nº CM 719511 QPPP

RECONHEÇO FIRMA Manoel Bezerra de Lima
1º OFICIO O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu Ceará de 2019
Em testemunho da Verdade
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
Fone: (88) 3449 0275

Fca. Lindalte de Sousa Saraiva
2º Substituto
CARTORIO 1º OFICIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
SUS - Sistema Único de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Manoel Bezerra de Lima

Sexo: M *Idade:* 46 *Profissão:*

Nome do Pai:

Nome da Mãe: Maria [illegible] de Lima

Unidade Adscritiva: [illegible]

Agente de Saúde: Maria B. Castro

Encaminhado do(a): [illegible]

Para: ORL

Motivo do Encaminhamento:

CID: Hipoacusia ouvido (D)

Encaminhamento / *Função* *Data* 8 / 11 / 18

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Nome:

Procedimentos:

Data / /

Consultante

"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"

Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Neuro Data: ___/___/___ às ___:___h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: BMF Data: ___/___/___ às ___:___h

Paciente sem [illegible] sinais de choque. Ao exame físico, [illegible] apresenta lesão extensa em região [illegible] associado um [illegible] de nariz [illegible]. Ao exame físico apresenta abertura [illegible] ocular [illegible]

CONDUTA: Alta da BMF ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Data: ___/___/___ às ___:___h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: PCR Data: 09/10/18 às 07:10h

Atendido, avaliado por cirurgião plástico
Não [illegible]

CONDUTA: Alta [illegible] ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
1. Dipirona 2g	
2. Dipirona 2ml 12/12 EV 16/64 [illegible]	28/10

Suzana Maria T. Barbosa
Nutricionista / Nutrição
CRN 10820

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2010

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h)	SN(h)
P.A:	
T:	
FC:	
FR:	

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência _____ ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão ☐ Óbito

Data: ___/___/___ às ___:___h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: ___/___/___ às ___:___h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico: _____

Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR e-SUS

Emitido em: 08/10/2018 22:46:7

Por:ANDREA TOME SOMBRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 08/10/2018 22:41:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 708002832132723	NOME: MANOEL BEZERRA DE LIMA			Registro: 5584159	
CPF: 45854238349	RG: 129005732	D. NASC: 14/05/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: MARIA SOCORRO DE LIMA			NOME DO PAI: ANTONIO DE LIMA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAPISTRANO DE ABREU			Nº: 51	BAIRRO: CARACARA
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 999527103	MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU		UF: CE	CEP: 63800000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: francisca maria /SAMU USB 67 CONDUTOR LAZARO WILK	PARENTESCO: esposa	TELEFONE: 999527103

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 pedal

QUEIXAS: COLISAO MOTO/BICICLETA APRESENTANDO OTORRAGIA MD + LACERAÇÃO FRONTAL+PERDA DE INCOINSCIENCIA

OBSERVAÇÕES: TCE/HISTORIA DE INCONSCIENCIA

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: Paciente vítima de colisão moto. Inicio 2 h. Apresentou síncope. Lesão frontal sangrante. Refere cefaléia

Exame Físico: Tem DAC - usa AAS há 01 ano.

ECG: IM edema em foco viva anterior prévia.

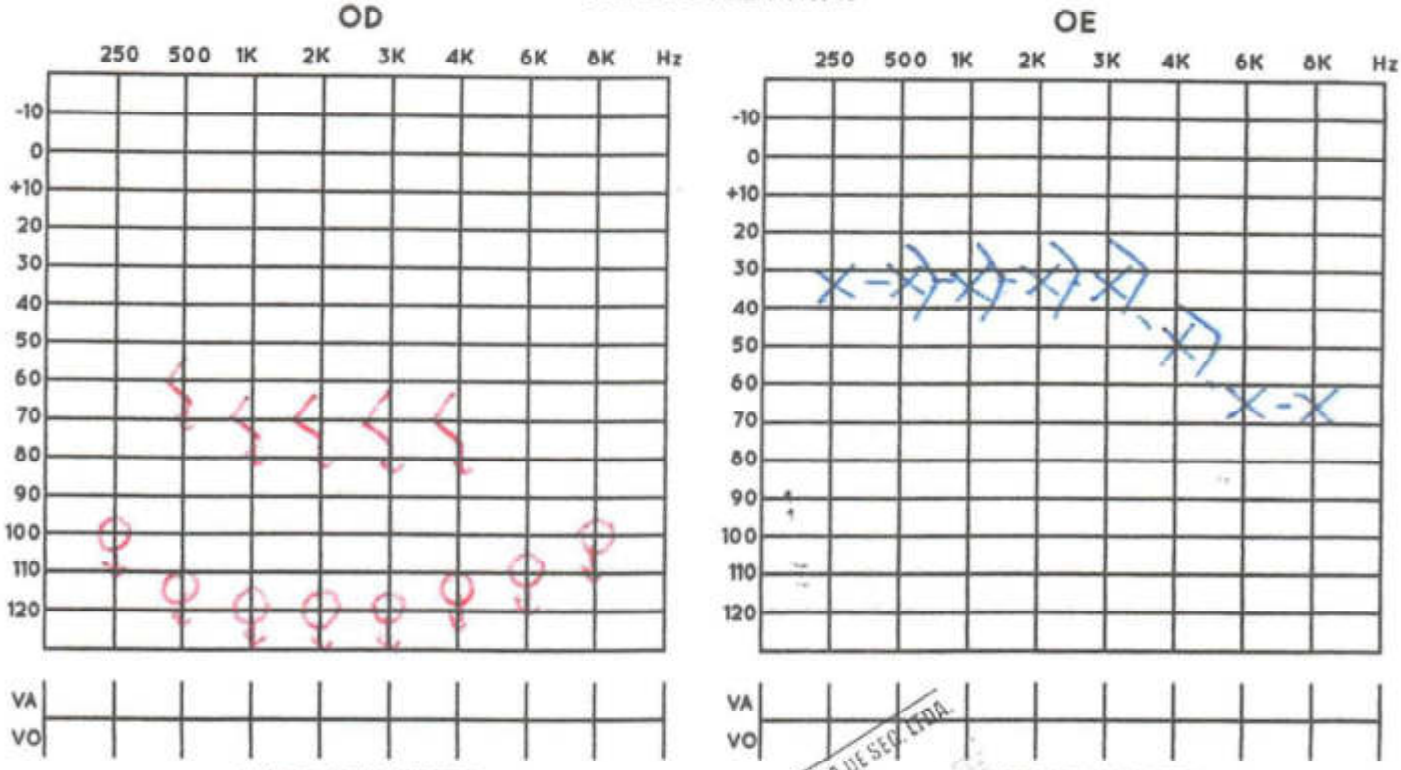
Conduta: TC de crânio 1h + tra

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 08/10/18	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Suzanna Araújo T. Barbosa Hematologia / Hemoterapia CRM 10820

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 25 ABR. 2019

Nome: MANOEL BEZERRA DE LIMA	Data de Nasc. 14/05/1972	Idade: 46 ANOS
End: RUA: CAPISTRANO DE ABREU, 51 - CARIÇARA		Sexo: M [X] F [ ]
Solicitação:	Audiômetro: AVS 500	Calibração: 15.01.19

AUDIOMETRIA:



LOGOAUDIOMETRIA			ACUMETRIA
SRT	IRF	LDV	WEBER
OD — dB MASC. ____ dB	OD — dB MONO ____ DISS ____ MASC. ____ dB	OD — dB	OD OE
OE 35 dB MASC. ____ dB	OE 65 dB MONO 88% DISS 88% MASC. ____ dB	OE ____ dB	RINNE
			OD
			OE

OBSERVAÇÕES: PACIENTE REFERE TRAUMATISMO CRANIANO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA.

CONCLUSÃO:

OD: ANACUSIA

OE: HIPOACUSIA SENSÓRIONEURAL LEVE A MODERADA.

05 / 04 / 2019
DATA DO EXAME

FONOAUDIÓLOGO

Vinícius Sindeaux
Fonoaudiólogo
CRFª 7579
Audiologia
A481/08

CONFERE COM O ORIGINAL
25 ABR. 2019

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 23 / 10 / 18 HORÁRIO: 17:10 ATENDIMENTO Nº: 63

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M. DATA NASCIMENTO: 14 / 05 / 72 IDADE: 46 a ESTADO CIVIL: casado

MÃE: Maria Ferreira de Lima SUS:

NATURALIDADE: Solonópole CE PROFISSÃO: agricultor

ENDEREÇO: R. Coronel de Alencar BAIRRO: Fátima CEP: 63600.000

CIDADE: Sen Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: 150 X 100 mmhg SPO_2: ____% FC: ____bpm FR: ____ipm T: ____°C PESO: ____Kg GLS: ____ HGT: ____ Alergia: ____

QP: Cefaleia

HDA: há cerca [illegible]

DIAGNOSTICO: HAS leve

PRESCRIÇÃO: + Benzetacil [illegible]

Carimbo Ass. do Médico CRM - 12739

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável SAME
MHSI
CNPJ: 07.802.897/0002-44

Ass. do Técnico (a) LIBIA CONCEIÇÃO DE SEG. (TDA)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

25 ABR. 21

MANOEL BEZERRA DE LIMA
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

03710001

INSTITUTO COMPARTILHA SAMEAC
Uma história cheia dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 05/10/18 HORÁRIO: 18:10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/07/77 IDADE: 40 ESTADO CIVIL: casado

MÃE: Antonia de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Mototaxi

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Araújo BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: ___X___ mmhg SPO_2: ___% FC: ___bpm FR: ___ipm T: ___ºC PESO: ___Kg GLS: ___ HGT: ___ Alergia: ___

QP: Dores de Mato

HDA: Pacente Urgência queixa de Mato com trauma de face. Obnegia Tendo com fraturas por [illegible] sem perda de peso desde o dia 05/10.

DIAGNOSTICO: TCE / Obnegia [illegible]

PRESCRIÇÃO: [illegible]
[illegible]
[illegible] 3 SDA.

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
29/10/2018
Secretaria de Saúde
MRS
CNPJ 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves de Lima
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

0301500012

INSTITUTO COMPARTILHA SAMIAC
Uma herança única dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL

GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO SANITÁRIO: **8ª CREAS** MUNICÍPIO: **SENADOR POMPEU - CE**
NOME: Manoel Bezerra de Lima TEL.:
SEXO: M (+) F ( ) IDADE 41 OCUPAÇÃO CEP: 63000.000
ENDEREÇO: BAIRRO CIDADE Sen. Pompeu
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
A/ Vítima de Acidente Moto com Suspeita de Fratura; Com Corte Cortante na Perna, Escoriações; Hemoperitônio D; Pulso Bradicardico,
RESULTADO DO EXAMES
Glasgow 13 Pupilas Livres Bebido Sat 99 em Ambiente; PC: 106 Com Edema MSE,
CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:
TCE Moderado / Hemoperitônio AE
Médico 08/10/18
ASS. DO ENCAMINHANTE REG. FUNÇÃO DATA HORA

Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721
MÉDICO

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:
AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR (X) AUXILIO DIAGNOSTICO ( )
PROCEDIMENTO: TC de Crânio / Conduta Emergencial PROFISSIONAL Maria Lopes
UNIDADE DE REFERÊNCIA DATA HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA
MUNICÍPIO PRONTUÁRIO Nº ALTA
RESUMO CLINICO/CIRURGICO

RESULTADO DE EXAMES

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 2019

DIAGNOSTICO PRINCIPAL CID
SECUNDÁRIO 1 CID
SECUNDÁRIO 1 CID
CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM ( ) NÃO ( )
O MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. FUNÇÃO DATA HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA
1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

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

NOME: MANOEL BEZERRA DE LIMA
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 20162028940 SSPDS CE
CPF: 458.542.383-49
DATA NASCIMENTO: 14/05/1972
FILIAÇÃO: ANTONIO DE LIMA
MARIA SOCORRO DE LIMA
PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA: A
Nº REGISTRO: 03253567341
VALIDADE: 03/06/2021
1ª HABILITAÇÃO: 03/06/1997
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO:
LOCAL: QUIXADÁ, CE
DATA EMISSÃO: 16/08/2016
81199685345
CE154877425
DETRAN CE (CEARÁ)
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1290005732
PERMITIDO PLASTIFICAR
1290005732

Vitima

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019
ADM.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013400246262
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RUNDRUC	EXERCÍCIO
PPT 01	00306912295	0000000000	2016

NOME: MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILV
SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ: 89212967353 — PLACA: NVE5880/CE
PLACA ANT. UF: /CE — CHASSI: 9C2JC4110AR017625
ESPÉCIE / TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC — COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS — ANO FAB.: 2010 — ANO MOD.: 2010
CAP. / POT. / CIL.: 2P/OCV/124CC — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA: ********,** — VENC. COTA ÚNICA: **/**/** — VENC. / COTAS: 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FAIXA ÚNICA: ******** — PARCELAMENTO / COTAS: ********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** — IOF (R$): ******** — PRÊMIO TOTAL (R$): ******** — DATA DE PAGAMENTO: ********

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES: *******\

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empresário
EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
JPE DPVAT
Capital Social
15.000,00

Número Identidade	Orgão Emissor	UF Emissor	CPF
291827694	SSP	CE	650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente
ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente
08/08/2016

Números de Registro

CNPJ
25.409.016/0001-83

NIRE
23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP
63600-000
Logradouro
AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA
Número
970
Bairro
CENTRO
Municipio
SENADOR POMPEU
UF
CE

Atividades

Data de Inicio de Atividades
08/08/2016

Forma de Atuação
Estabelecimento fixo

Ocupação Principal
Digitador(a) independente

Atividade Principal (CNAE)
82.19-9/99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Ocupações Secundárias
Arquivista de documentos

Atividades Secundárias (CNAE)
82.11-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Municipio para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais,tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: http://www.portaldoempreendedor.gov.br/ Certificado emitido com base na Resolução no 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
25.409.016/0001-83 MATRIZ		08/08/2016

NOME EMPRESARIAL
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
JPE DPVAT

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
213-5 - Empresário (Individual)

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	970	

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
63.500-000	CENTRO	SENADOR POMPEU	CE

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br	(88) 9667-5407

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	08/08/2016

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **05/06/2018** às **13:09:03** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 2019