

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11358818

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393174 ASL-0272400/17

Vítima: CICERO ALVES BATISTA

Data Acidente: 28/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386122

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vítima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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.seguradoralider.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



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11499451

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vítima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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: **CICERO ALVES BATISTA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **000000029471-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

Autorização de pagamento



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, Cláudio Alvim Batista
PORTADOR(A) DO RG Nº 04709957489 EXPEDIDO POR Cláudio - EE EM 19 / 12 / 13 E
CPF 003933383-07 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO eletricista
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cláudio Alvim Batista, 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 ser apresentados 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 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 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, semnenhocolorido, 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)

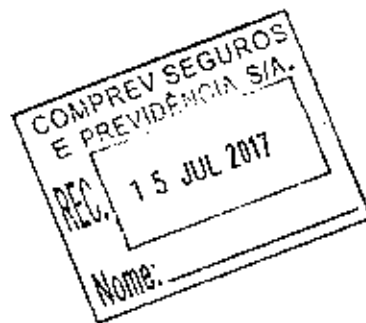
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 99.471-5

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.

Cláudio - EE 06 de Julho de 2017 Cláudio Alvim Batista
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

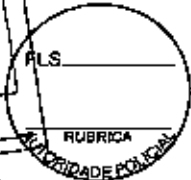
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.





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

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2017 16:45:49**
Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO AREIAS**
Complemento: _____
Bairro: _____
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **AÇUDE DO PEDRO**

Cartório do Bonfim
Senador Pompeu
AUT. 10-05-17
Certifico a presente fotocópia e original que me foi apresentado
Em Test. _____ da Verba
Marta Neiva Pinheiro
Oficial Interina
Daniele de Oliveira Ferreira
Oficial Substituta

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO ALVES BATISTA**
Nascimento: **26/01/1984** CPF: **001.913.383-97**
CNH: **04709957482** Órgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **FRANCISCA ALVES BATISTA**
EVARISTO BATISTA DE ARAUJO
Endereço: **RUA BENIGNO BESERRA, 924**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MILHA/CE**
País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9720-6928**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ2763** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC30103R220249** Renavam: **803555679** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante disse que no local, data e hora acima mencionado estava sozinho trafegando na motocicleta da sua sogra de placa HXQ-2763, cor VERMELHA, ano e fabricação 2003, Chassi 9C2JC30103R220249, quando foi surpreendido com um pedregulho que estava na estrada fazendo a motocicleta derrapar e consequentemente vindo a cair; QUE ao cair no solo veio a lesionar sua clavícula esquerda; QUE uma pessoa que não sabe dizer quem é passou na hora do acidente e lhe socorreu ao hospital municipal João Leopoldo Pinheiro Landim; QUE não havia ingerido bebida alcoólica, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica; antes do acidente; QUE este B.O é para fins de seguro DPVAT; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente B.O, e foi informado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

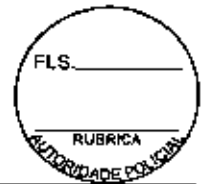
RAFAEL BISPO COSTA - MAT.: 30092511

C. Alves

2



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alcino Adilson Botelho

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSE WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

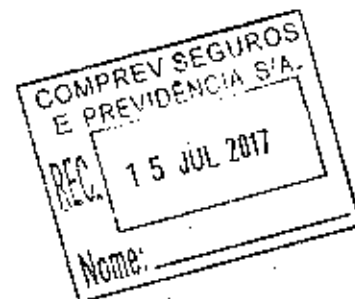
Cartório do Bônus
Senador Pompeu - CE - 617-000
Celular 99926-5264

AUTENTICAÇÃO
Certifico a presente fotocópia e
reprodução fiel do documento
original que me foi apresentado
Data de, 30-05-17
Em Test: JOE da Verdade
Orlando da Silva Gomes

Cartório do Bônus
Senador Pompeu - CE - 617-000
Celular 99926-5264

Marta Neiva Pinheiro
Oficial Interina
Danielle de Oliveira Ferreira
Oficial Substituto

VÁLIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICAÇÃO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IN

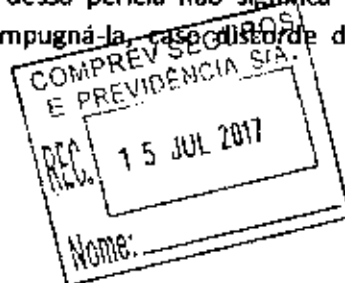


Eu, Ricardo Alves Batista, portador da carteira de identidade nº 0470 995 7482 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.913.383-97, residente e domiciliado na Rua Benigno Brazema, 994, Cidade Milthã, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Ricardo Alves Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



MILHÃ-CE 06/07/2017

Local e data

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): CICERO ALVES BATISTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benigno Bezerra, 924 - 924 - Milhã/CE -
CEP 63635-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 04709957482 - SSP -
01/01/9999

Data e Local do Exame : 09/08/2017 RUA DR. SOLON XIMENES DE
ARAGÃO, 295 - BOA VIAGEM/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)

Diagnóstico:

FX CLAVÍCULA ESQUERDA

Exame Físico:

DEFORMIDADE ESTRUTURAL ÓSSEA, BLOQUEIO ARTICULA E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, ASSIMETRIA ESCAPULAR

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? [X] Sim [] Não

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? [X] Sim [] Não

II. Descreva a evolução 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 OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 15 DIAS E TIPOIA POR 45 DIAS E FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

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

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA DEFORMIDADE,
PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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.

APRESENTA MATERIAL DE SÍNTESE NO ÚMERO ESQUERDO EM VIRTUDE DE ACIDENTE ANTERIOR.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



Milhã
Uma Nova Vida Uma Nova Esperança

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

OCORRÊNCIA Nº

Nome do Paciente: Luís Alvaro Batista

Cartão do SUS: 29200341679 7120 DN: 26.02.84
RG: 3452406

Idade <u>33</u>	Cor	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Casado</u>	Naturalidade <u>Senador Pompeu</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
--------------------	-----	------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Endereço: R. Benigno Pereira

Unidade de Emergência: Quarto P. de Anestesia

Hospital J. L. P. Landim

CO: REV SEGI
15 JUL 2017
19:35hs

Atendimento: Milhã Data: 28.03.17 Hora: 19:35hs

☐ Acidente de Trabalho

Local

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
15 JUL 2017

O paciente chegou ao hospital
RÓTORIO ANTONIO MACEDO DE CAMPOS
Of. de Notas e de Registro Regula
presente cópia conforme com o original
30 MAR 2017
Mihã - Ceará
Má Ocha

Celliane Pereira
Substituta de Ofício de
Notas e de Registros
Insc. Cx. (88) 3529 1450

Lesão traumática
no membro superior direito, tipo, escarificação
traumática

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL PULSO TEMPERATURA

180 x 140

TRATAMENTO:

21:30 140/80 mmHg

na unidade

atendimento

às 09:50 38°C

DIAGNÓSTICO

Fratura Clavícula Esquerda

DESTINO DADO AO PACIENTE

- ☐ Residência
- ☐ Em Observação
- ☐ Encaminhado ao Ambulatório
- ☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade
- ☐ Óbito sem tratamento
- ☐ Internado
- ☐ Transferido

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Comprovação de ato declaratório



Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável

Write 28/03/17
 as 17:15h, paciente de
 unidade de saúde hospitalar
 encaminhado para unidade de saúde
 (Hospitais) em condições
 graves com insuficiência renal
 grave.

La 21:50 h 38°C

CARTÃO ANTÔNIO INACIO DE CARLOS Of de Notas e de Registros presente cópia com o original	
30 MAR 2017	V6 selo
Nome - Carlos em tratamento de verdade	
Viana - Gerente Geral	
Substitua de Ofício de Notas e de Registros me/Fax: (88) 3529 1460	

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 JUL 2017
 Nome:

15 JUL 2017
 João Paulo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000029471-5

Nr. da Autenticação F574A087AFFC81CE



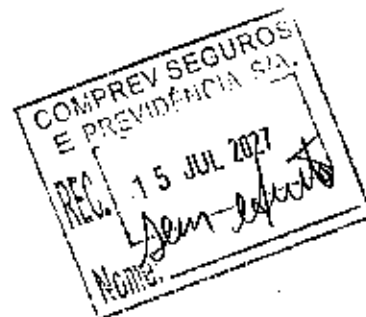
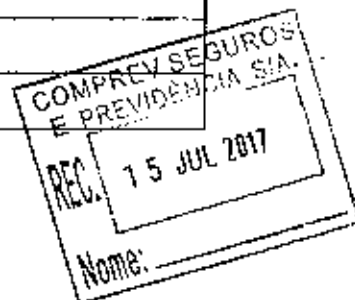
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Qicmo Alves BatistaRG nº 0470995482 data de expedição 19/12/13 Órgão DETRAN-CE

CPF nº 001.983.383-97 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 Benigno Bezerra</u>
Número	<u>994</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>MILHÃ</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MILHÃ-CE 06/07/2017Assinatura do Declarante: Qicmo Alves Batista

para
liquidação
parcial
total



01/02

1a Vão

Data de Emissão	Vencimento
05/04/2017	15/04/2017
Saldo Anterior R\$	
207,22	
(-) Créditos/Pagamentos R\$	
207,22	
(+/-) Compras/Débitos R\$	
207,97	
(-) Total da Fatura R\$	
207,97	
Parcela esta fatura	
10x R\$ 22,79	



CTCE FORTALEZA CE 06
CICERO ALVES BATISTA
RUA BENIGNO BEZERRA 924
CENTRO
63635-000 MILHA CE



P2 03035634 87801 0000117835 3 0 060417
Data da Postagem: 08/04/17 Vencimento: 15/04/2017

Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/05/2017

Compras	R\$ 310,00
Seque	R\$ 62,00
Parcelado	R\$ 620,00
* Consulte limites disponíveis, condições de contratação e restrições na Central de Atendimento	

	% ao mês	% ao ano	CET Anual (%)
Parcelamento de fatura	3,29%	190,37%	207,50%
Parcelado Cartão Brades	1,90%	78,38%	98,32%
Parcelado Rede MasterCard	7,89%	151,53%	180,27%
Retorno	9,39%	183,35%	219,40%
Seque/Teleseque (1)	16,68%	567,73%	820,58%

(1) Seque cobrado taxa de R\$ 5,00 por operação.
Taxa 2,00% a m. Juros de R\$ 1,00 % ao mês.
Taxa máxima de juros da próxima fatura 19,99% a m. / CET de 207,50% a m.
* Serviço com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (100,82%)

BAIXE A APP DO CARTÃO CASAS BAIXA!
- CONSULTE: COMPRAS, FATURA, LIMITES,
E MUITO MAIS!

TODA VEZ QUE PRECISAR FINANCIAR O
VALOR DA FATURA DO SEU CARTÃO DE
CRÉDITO POR MAIS DE 30 DIAS O BRADESCARD
OFERECERÁ A VOCE UMA MELHOR OPÇÃO DE
FINANCIAMENTO, COMO O PARCELADO FACIL

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. O valor mínimo a ser pago será o valor mínimo de cobrança contínuo de R\$ 32,17 e o saldo total, que não for pago integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelado.

Data	Histórico de Lançamentos
06/02/2017	CICERO A BATISTA
04/03/2017	LOJA DO MECANIPARCO02
14/03/2017	SKY SAG
04/04/2017	PAGAMENTO BRADESCO
	ANUIDADE OFERTIT 0024
	TOTAL GERAL DOS LANÇAMENTOS R\$

Código	Dívida
5414XXXXXX0024	87,98
	120,90
	207,22
	10,89
	207,97

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome:

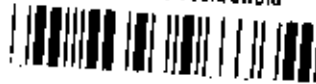
COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *[assinatura]*

Central de Atendimento ao Cliente: 11 6000 722 9933 (horário comercial) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas).
Central de Atendimento ao Cliente: 11 6000 722 9933 (horário comercial) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas).
Central de Atendimento ao Cliente: 11 6000 722 9933 (horário comercial) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas) ou 11 6000 722 9933 (atendimento 24 horas).

Bradesco 237-2 23794.02510 94749.009935 28000.060005 6 00000000000000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço	CICERO ALVES BATISTA - 001.813.380-97 RUA BENIGNO BEZERRA 924 CENTRO 63635-000 MILHA CE		
Receptor/CPF/CNPJ	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento
47490099028-8	47490099028-8	15/04/2017	207,97
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço	Banco Bradesco S/A End: Cidade de Deus, s/n Prédio Cruzeta Vila Yara Osasas SP CEP 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12		
Agência/Código do Beneficiário	4025-010000000-8		

Comprovante de residência



1ª e 2ª segunda via de

JUN/2017

Lize o nº abaixo sempre
e entrar em contato conosco

DO CLIENTE

4664469

CV 5

ENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 30 014062 12 000000
Nome JORD PAULO PINHEIRO
Endereço Postal

Medidor

375765

Poste

0000 0

End. da Unidade Consumidora ST ALTO VERDE MILHA 63635000

RG / CPF / CNPJ 875.474.573-04

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

RESERVAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

4632

4696

1

136

0

136

Quantidade Data Valor (R\$)

DATA DE EMISSÃO

Data de Emissão
ApresentaçãoProv. Próxima
Lectura

14/07/2017

14/07/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0046.5290.745A.12ED.F068.FEL2.0AA7.896B

Base do Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPROVANTE DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

R\$ SALDO FUTURA ANTERIOR

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome:

RESERVAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO DO CONSUMO

Imposto suscitado pela utilização de energia elétrica

Total kg (CO₂)Comprometido kg (CO₂)Consciência Ecológica % CO₂

0,00 100

FORNECEDORES IMPORTANTES E RISCOS DE DESCONTINUAÇÃO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

CM: 6,44

Conjunta SENADOR POMPEU

Mês

ABR/ 2017

Padrão Individual Apuração Individual

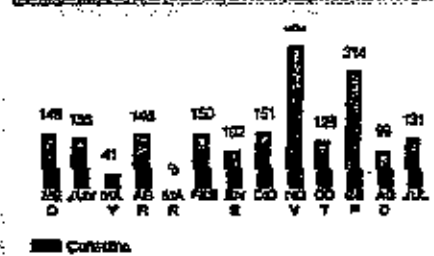
Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual

DIC (h) 10,58 21,17 42,34 6,60 0,00 0,00

FIC (un) 7,67 15,34 30,68 2,00 0,00 0,00

DMTC (h) 5,68 3,60

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses



autenticação mecânica cliente

do Cliente:

4664469-5

Nº da Nota Fiscal:

481156446

Total a Pagar (R\$):

65,68

de Emissão:

21/06/2017

Referência:

JUN/2017

Nº de Controle:

0004664469 00067 4372 225

83820000000-2 65680031000-8 00046644690-0 00674372225-9



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: JORD PAULO PINHEIRO

**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 JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

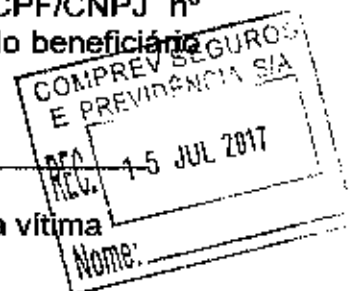
Picmo Alves Batista

do sinistro de DPVAT da natureza

Intelectual

da vítima

Picmo Alves Batista



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

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro

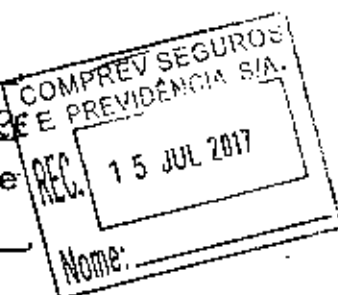
ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Maria Tronide Medeiros de Lima
 RG nº 2007355630-8, data de expedição 08/07/08, Órgão SEPNs-CE
 portador do CPF nº 731.930.943-91, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu no Estado de Pernambuco
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Capinhos
 nº 512, complemento Zona Rural
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Osiris
Alves Batista, cujo o condutor no momento do
 acidente era Osiris Alves Batista

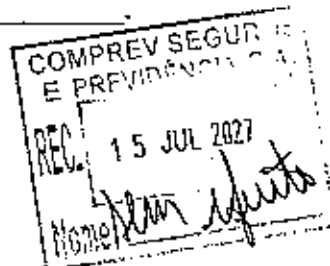


Veículo: Motocicleta
 Modelo: Glenda/EG 195 Titan KS
 Ano: 2003/2003
 Placa: HX6 8763
 Chassi: 9E23E30103R 820249
 Data do Acidente: 08/03/17

VÁLIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICIDADE	Cartão de Registro de Propriedade	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a)
	do(a) <u>Osiris Alves Batista</u>	<u>Maria Tronide Medeiros de Lima</u>
	Sc. <u>08/07/2017</u>	<u>de Lima</u>
	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a)	<u>Osiris Alves Batista</u>
☒ Por autenticação em Teste	☐ Por Semelhança, Dou fé.	
☒ Por Simulação	☒ Por Verdade	
Assinatura do Condutor		Assinatura do Declarante
<u>Osiris Alves Batista</u>		<u>Maria Tronide Medeiros de Lima</u>

Local e Data: Senador Pompeu - CE 06/07/17

Maria Tronide Medeiros de Lima
 (Assinatura do Declarante)



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

DOCUMENTATION

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

data 28/03/17

às 19:15h, paciente deu
entrada na unidade hospitalar
vítima de acidente de moto, apresentando
traumatismo (fratura?) no ombro e
gueda, ~~em~~ crise hipertensiva, medicado
com ipm. Deu

às 21:50 h 38°C

Vale selo	Cartório	CARTÓRIO ANTONIO MACEDO DE CAMPOS
	de	Of. de Notas e de Registros
	presente	presente cópia confere com o original
	30 MAR 2017	
	Muni - Coors	
	Em testemunho	da verdade
	<u>Ma. S. S. S.</u>	
	Substituta de Ofício de	
	Notas e de Registros	
	fone/fax: (88) 3529 1450	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	REC.	15 JUL 2017	Nome:

REFERTURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a) Clélio Alves Batista

recebeu atendimento médico em

29.03.2017 com diagnóstico de fractura de clavícula e

o (a) mesmo (a) está necessitando de 90 (noventa) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

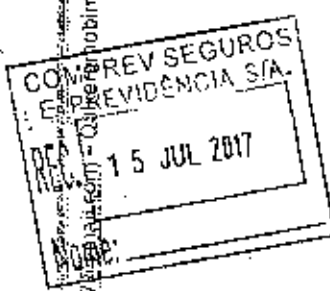
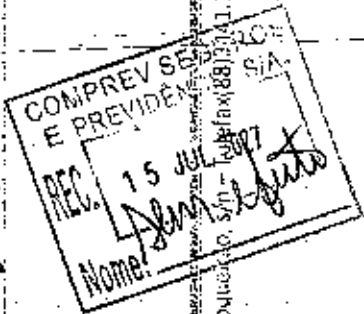
cid. S42.0

29/03/2017

Dr. Guilherme Neto

Ortopedista

MÉDICO - CRM



Alto do Mourão, s/n - Quixeramobim - CE. CEP: 63.135-3 - 3441.4009 - E-mail: hrmm2017@quixeramobim-ce.com.br

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: CÍCERO ALVES BATISTA

DOC. IDENTIDADE / OUT. ESPECIAL / UF: 3452406 80V/CE

CPF: 001.913.383-97 DATA NASCIMENTO: 26/01/1994

RELACAO: EVARISTO BATISTA DE AR. RUJO FRANCISCA ALVES BATIST A

PROFISSAO: ACC CAT. HAB: AD

1ª REGISTRO: 04709957482 VALIDADE: 16/10/2018 2ª HABILITACAO: 28/07/2009

832392716

EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

SAO PAULO -0878

Local: SAO PAULO, SP DATA EMISSAO: 19/12/2013

21630020082 SP606768564

DETRAN-SP (SAO PAULO)

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *Perceira*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **001.913.383-97**

Nome da Pessoa Física: **CICERO ALVES BATISTA**

Data de Nascimento: **26/01/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2001**

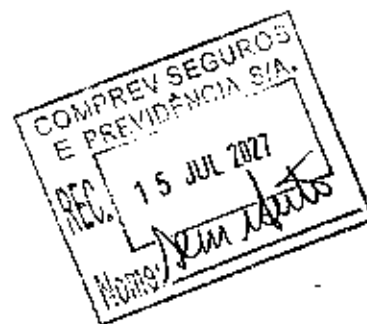
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:38:39** do dia **12/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6BAD.BABA.C586.C4A6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Nome: JOAO PAULO PINHEIRO

DOC IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC. Nº: 335665890 SSVD. CR

CPF: 875.474.573-04 DATA NASCIMENTO: 21/09/1980

FUNÇÃO: MANUEL PINHEIRO DE MELO NETO
MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO

SEXO: M
ESTADO CIVIL: 2D

Nº IDENTIFIC. 00750673502 VALIDADE: 01/12/2021 DATA EMISSÃO: 04/08/1999

SEM OBSERVAÇÃO:

JOAO PAULO PINHEIRO

LOCAL: IGUAZU, CE DATA: 09/12/2016

65656925402
CE156817608

1406950930

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *Manuel*

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome:

DUT



GUROS
DA SIA
REC. 15 JUL 2017
Nome: *[Signature]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459456150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00803555679 00000000000 2016

NOME
MARIA IRÔNILDE MEDEIROS DE LIMA

SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ 73193224391 PLACA HXQ2763/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC30103R220249

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC / CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	*/**/*	1*****
	Faixa I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
	*****	*****	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 IOF (R\$) 1,11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 130,15 DATA DE PAGAMENTO 06/05/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 06/05/2016

[Signature]
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 012459456150 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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/05/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 73193224391 PLACA HXQ2763

RENAVAM 00803555679 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN K

ANO FAB. 2003 DATA 09 Nº CHASSI 9C2JC30103R220249

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO (R\$) (CUSTO DO SEGURO + IOF)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 05/05/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.608/0001-04
www.segurodalider.com.br

MOTGR: JC30E13220249 0348B



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393174

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO ALVES BATISTA

Data do acidente: 28/03/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Deformidade óssea, bloqueio articular, lesão tendinosa e hipotrofia muscular acarretando perda parcial da amplitude de movimento do ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do segmento afetado, complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 75% do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/08/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

COMPRES SEGURO
E PREVIDENTE
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

Nome: Piceno Alves Batista
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 34592406 CPF: 001.913.383-97
 Endereço: Rua Benigno Bezerra, 994
 Bairro: Centro
 Cidade: Alfama CEP: 63.635-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, *Edino Alves Batista*.

☒ **Martha Neiva Pinheiro**
 Oficial Intérprete
 Daniele de Oliveira Ferreira
 Oficial Substituto

Judiciário do Bonfim Dist. de Bonfim
 0153400-009
 22268-5264
 22268-5264

Reconheço a(s) firma(s) de **Edson Pinheiro**

(X) Por autenticidade. () Por Semelhança. Doze. 12
 Em test. da Verdade.
 Bonfim S. Pampara, 31/07/2014
Carolina de Oliveira Pinheiro

VALIDO SOMENTE COMO SELLO DE AUTENTICIDADE

San. Román de 33 de Mayo

de 2091

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

de 2017

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 15 JUL 2017

Nome: *Samuel*