



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01346533-3** em **23/07/2020 15:00:41**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0237493-84.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01346533-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 23/07/2020 15:00:41

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2736990_CONTESTACAO_03 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2736990_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-18.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Nº Sinistro: 3180004760
Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12172547



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

Nº Sinistro: **3180004760**

Vitima: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

Data do Acidente: **08/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ITALA MARIA SOCORRO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004760**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12172915



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Nº Sinistro: 3180004760
Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Sinistro: 3180004760
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180004760** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12472537

A/C: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

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: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 0000011021-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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 _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

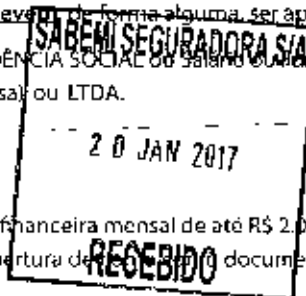
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jais Antonio Alves Nogueira
PORTADOR(A) DO RG Nº 04588913575 EXPEDIDO POR Outran-ia EM 24/09/15 E
CPF 026168543-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Empresário
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jais Antonio Alves Nogueira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2002 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41021-4

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.

Pacarjús 20 de Dezembro de 2016 Jais Antonio Alves Nogueira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO: - SAA, AG PACAJUS

DATA: 02/12/2016

HORA: 10:34:51

TERMINAL: 20021013

CONTROLE: 200210100161

AGÊNCIA: 2002 - PACAJUS

CONTA: 013,00011021-1

CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

SABEM SEGURADORA S/A

20 JAN 2017

RECEBIDO



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONT.
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 062168543-09	Nome completo da vítima LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		CPF titular da conta 062168543-09	Profissão AUTONIMO
Endereço RUA: CELSO NOGUEIRA		Número 786	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PACAJUS	Estado CE	CEP 62870000
Email italalima45@gmail.com		Telefone (DDD) 85-992698805	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRASESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2002 DV 013		BANCO Nome SANTANDREA S/A NRO. 11021 DV 1	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

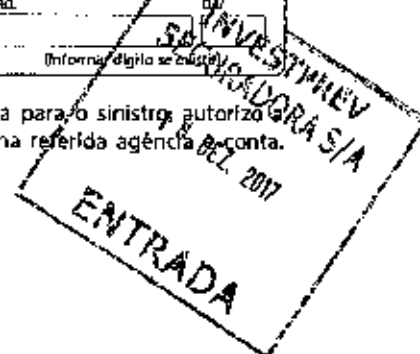
PACAJUS 07 de **DEZEMBRO** de 2017

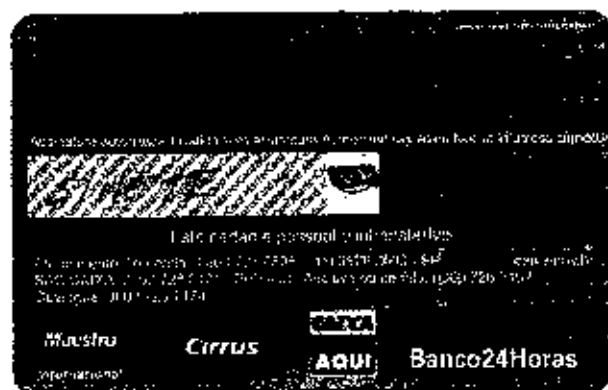
Local e Data

Luiz Antonio Alves Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180004760
Nome do(a) Examinado(a): Luis Antonio Alves Nogueira
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Nogueira, 786
Centro Pacajus CE CEP: 62870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000015047041
Data local do acidente: [08/10/2016]
Data local do exame: [22/02/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

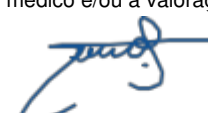
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADA RAFIA NO JOELHO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (15SS).
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 29/08/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL INCOMPLETA COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA
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, §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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- 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. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 2969 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2016 16:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **DEMUTRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**
Nascimento: **11/05/1988** CPF: **026.168.543-09**
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA NEZINHA ALVES NOGUEIRA**
MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CELSO NOGUEIRA, 832**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PACAJUS/CE**
País: **BRASIL**



Histórico

NARRA A VITIMA QUE VINHA TRANSITANDO EM SUA MOTOCICLETA; HONDA CG 125 FAN ES, QUE ESTÁ EM NOME DE ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120BR527432, COR PRETA DE PLACA NUY 2660; NA RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE NO HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO EM FRENTE AO DEMUTRAN UM CARRO ATRAVESSOU A PISTA DA DIREITA PARA ESQUERDA, MOMENTO EM QUE NÃO TEVE COMO FREAR SUA MOTO VINDO A COLIDIR COM O VEÍCULO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ AO HOSPITAL MUNICIPAL DE PACAJUS, ONDE FOI CONSTATADO, CONFORME LAUDO, LACERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM A MAIOR MEDINDO CERCA DE 18 CM, ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DOR EM ARCOS COSTEOS A DIREITA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL MESQUITA LANDIM - MAT.: 300483-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiz Antonio Alves Nogueira

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX SANDRO RODRIGUES MURADOR - MAT.: 300554-1-1



AMTP

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

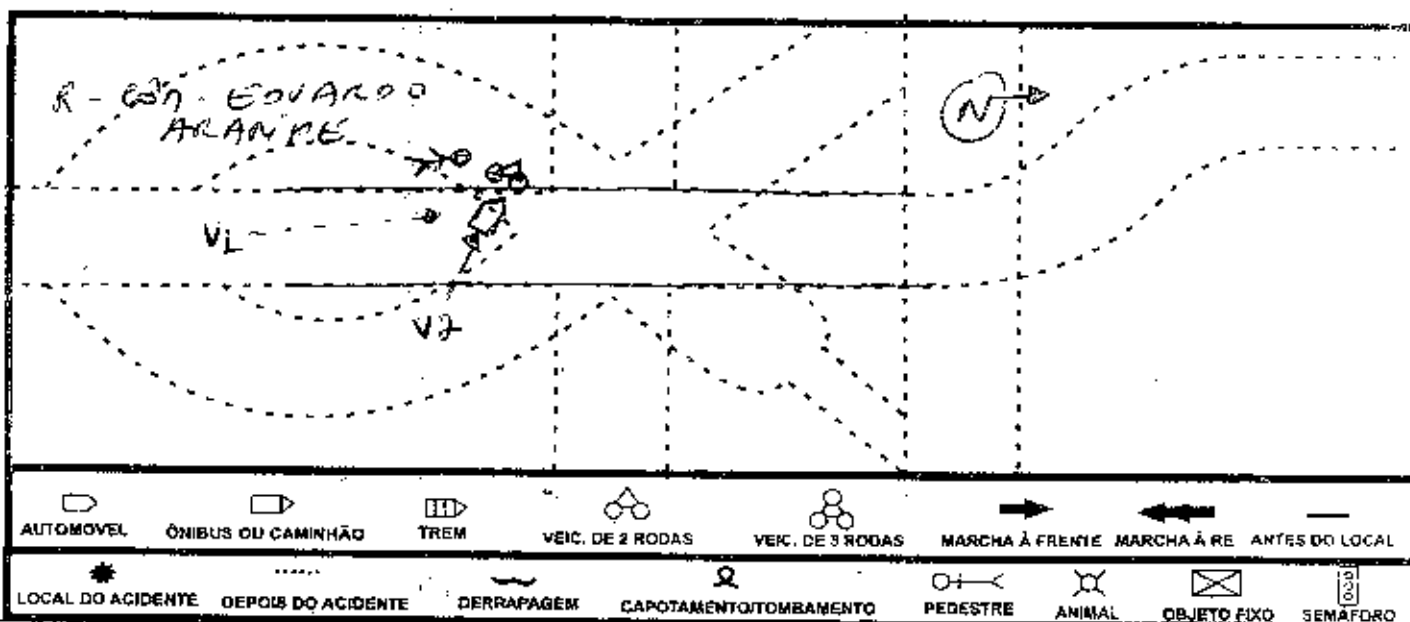
BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

AUTO DE INFRAÇÃO Nº
37287
BOAT Nº

DADOS DA OCORRÊNCIA			
Local da Ocorrência: RUA - CSA EDUARDO ARANHA Nº 1136			
Bairro: CENTRO		Referência:	
Hora do Acidente: 10:10	Hora da chegada ao acidente: 10:12		Data: 08/10/2016
Condições do tempo: (X) Bom () Chuva () Nebulosa () Garoa () Outro			
Condições da Via: (X) Seca () Molhada () Oleosa () Danificada () Em Obras () Outro			
Tipo de Pavimentação: () Terra (X) Asfalto () Calçamento () Paralelepípedo () Outro			
Condições da Sinalização Semafórica: (X) Normal () Com defeito () Desligado () Inexistente			
Condições da Sinalização Vertical: (X) Boa () Ruim () Inexistente			
Condições da Sinalização Horizontal: () Boa (X) Ruim () Inexistente			
Classificação do Acidente: () Sem vítima (X) Com vítima () Fatal		Número de Vítimas: () Mortos () Feridos	
Natureza do Acidente: () Col. Frontal (X) Col. Lateral () Col. Traseira () Col. Transversal () Tombamento () Capotamento () Choque c/Obj. Fixo () Atropelamento de Pedestre () Atropelamento de Animal () Engavetamento		20 JAN 2017	
DADOS DOS ENVOLVIDOS			
CONDUTOR/VEICULO 01			
Nome do Condutor: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA		Sexo: (X) Masculino () Feminino	
Endereço:		(X) CNH () PD () Não Habilitado	
CNH: 045889 L3575	RG:	Validade CNH: 13/01/2017	Categoria: A UF: CE
Placa: NU9 2666	Marca: HONDA	Modelo: PAN	Cor: PRETA
Nome do Proprietário:		CPF/CNPJ:	
Endereço:			
Veic. Liberado ()		Para:	
Veic. Recolhido/Depósito (X)		CNH:	
Categoria/CNH:			
CONDUTOR/VEICULO 02			
Nome do Condutor: RAIMUNDO LEOMAR DE QUEIROZ LEITE		Sexo: (X) Masculino () Feminino	
Endereço:		(X) CNH () PD () Não Habilitado	
CNH: 021887850 88	RG:	Validade CNH: 28/04/2016	Categoria: AD UF: CE
Placa: FMM L376	Marca: CHEV	Modelo: COBALT	Cor: BRANCA
Nome do Proprietário: MARIA VANIA DE SOUSA RODRIGUES		CPF/CNPJ: 30219531315	
Endereço:			
Veic. Liberado (X)		Para: CONDUTOR	
Veic. Recolhido/Depósito ()		CNH:	
Categoria/CNH:			
DAS VÍTIMAS			
VÍTIMA 01			
Nome da Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA		Sexo: (X) Masculino () Feminino	
Endereço:		Data Nascimento:	
Fone:			
Ferimento: N.A		Condições da Vítima:	
() Leves () Graves () Fatais		(X) Condutor () Passageiro () Pedestre	
Condução da vítima:		(X) Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros	
VÍTIMA 02			
Nome da Vítima:		Sexo: () Masculino () Feminino	
Endereço:		Data Nasc:	
Fone:			
Ferimento:		Condições da Vítima:	
() Leves () Graves () Fatais		() Condutor () Passageiro () Pedestre	
Condução da vítima:		() Ambulância/Hosp. () Veic. Particular/Hosp. () Outros	
DAS TESTEMUNHAS			

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
		Fone:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
		Fone:

DIAGRAMA

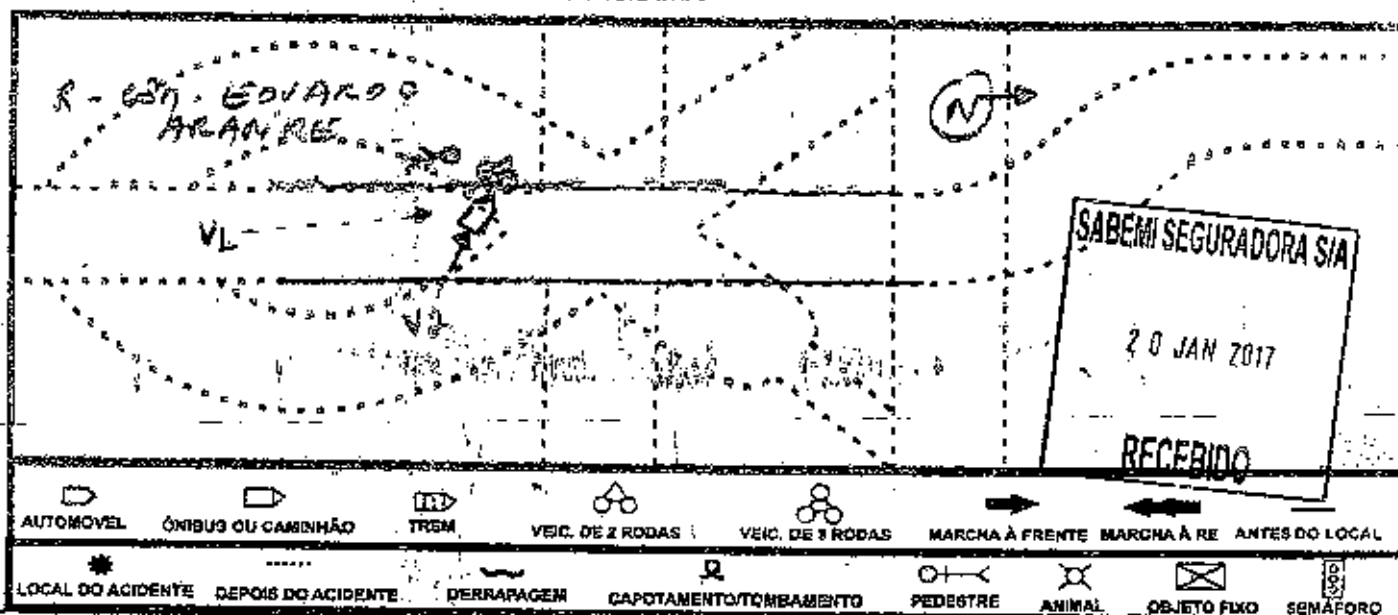


NARRATIVA			
CONDUTOR DO VL NÚY 2660 TRANSITAVA NA RUA CONEGO EDUARDO ARANPE SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOVE UMA COLISÃO COM V2 PMM 1376.			
OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR DO LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOVE O ACIDENTE			
OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO VL NÚY 2660 ART- 230V AUTO Nº 37287 REMOCA VEICULO			
DAS AVARIAS			
Referente ao V1:	PEQUENAS AVARIAS		
Referente ao V2:	AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCADO		
PERICIA CIVIL - ATENDIMENTO II SIMULADO			
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
AGENTES ENCARGADOS DO ATENDIMENTO			
Nome: AT. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura: [Assinatura]	
Nome: AT. VALMIR	Matrícula: 129876	Assinatura: [Assinatura]	

José Wilson Muniz de Souza
 Supervisor de Trânsito e Transporte
 AMTP - PACAJUSTRANSITO
 Portaria Nº 521 - B/2015

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
Fone:		

DIAGRAMA



CONDUCTOR DO VL NUN 2660, TRANSITAVA NA VIA ESQUERDA EDUARDO ARANHA SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOVE UMA COLISAO COM V2 PMM 1376. OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSAO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR DO LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOVE O AGENTE OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO VL NUN 2660 AMT- 230V AUTO Nº 37287 REMOCA VEICULO			
Referente ao V1:	PEQUENAS AVARIAS		
Referente ao V2:	AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCHELOVE		
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Vltura:
Nome: AT. NUNES	Matricula: 5693	Assinatura:	
Nome: AT. VALMIR	Matricula: 129876	Assinatura:	

José Wilson Muniz de Souza
 Supervisor de Trânsito e Transporte
 AMTV - PACAJUSTRANSITO
 Portaria Nº 521 - 8/2015



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



Documentos do IGC - Pacajus



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 2969 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2016 16:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **DEMUTRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**
Nascimento: **11/05/1988** CPF: **026.168.543-09**
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA NEZINHA ALVES NOGUEIRA**
MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CELSO NOGUEIRA, 832**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **PACAJUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **9182-3471**

Histórico

NARRA A VITIMA QUE VINHA TRANSITANDO EM SUA MOTOCICLETA; HONDA CG 125 FAN ES, QUE ESTÁ EM NOME DE ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120BR527432, COR PRETA DE PLACA NUY 2660; NA RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE NO HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO EM FRENTE AO DEMUTRAN UM CARRO ATRAVESSOU A PISTA DA DIREITA PARA ESQUERDA, MOMENTO EM QUE NÃO TEVE COMO FREAR SUA MOTO VINDO A COLIDIR COM O VEÍCULO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ AO HOSPITAL MUNICIPAL DE PACAJUS, ONDE FOI CONSTATADO, CONFORME LAUDO, LACERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM A MAIOR MEDINDO CERCA DE 18 CM, ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DOR EM ARCOS COSTEOS A DIREITA. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

RAFAEL MESQUITA LANDIM - MAT.: 300485-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

ALEX SANDRO RODRIGUES MURADOR - MAT.: 300554-1-1

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
10/10/2016

ENTRADA



AMTP

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

AUTO DE INFRAÇÃO Nº

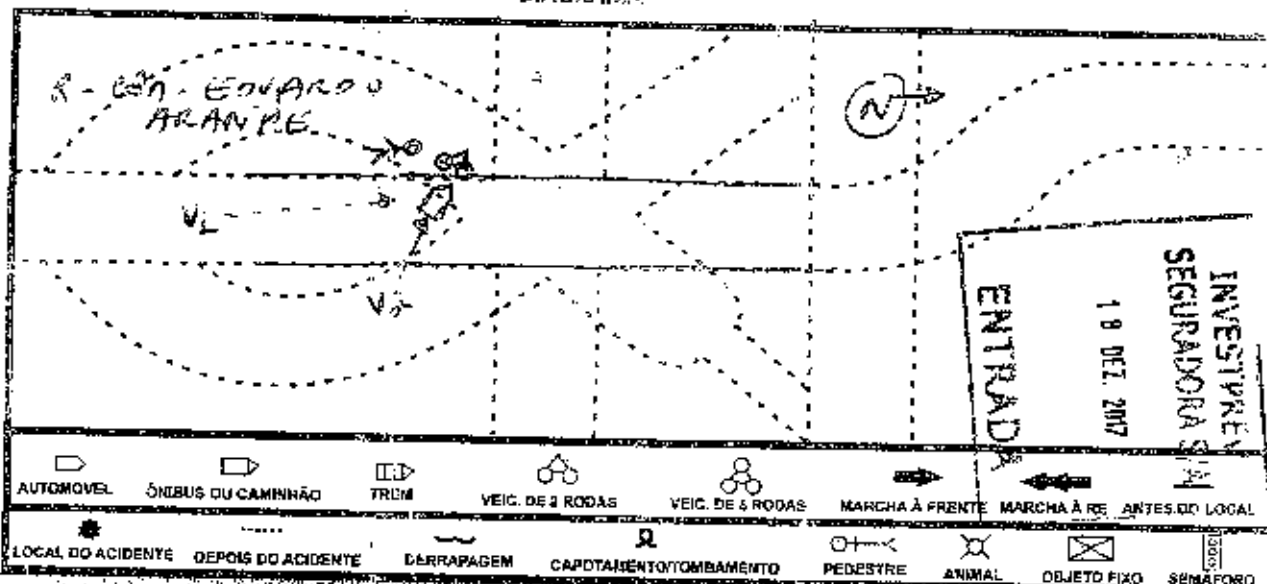
37287

BOAT Nº

DA OCORRÊNCIA			
Local da Ocorrência: RUA - CON. EDUARDO ARANHA Nº 1136			
Bairro: CENTRO		Referência:	
Hora do Acidente: 10:10		Hora da chegada no acidente: 10:12 Data: 08/10/2016	
Condições do tempo: ☒ Bom ☐ Chuva ☐ Nebulosa ☐ Garoa ☐ Outro			
Condições da Via: ☒ Seca ☐ Molhada ☐ Oleosa ☐ Danificada ☐ Em Obras ☐ Outro			
Tipo de Pavimentação: ☐ Terra ☒ Asfalto ☐ Calçamento ☐ Paralelepípedo ☐ Outro			
Condições da Sinalização Semafórica: ☒ Normal ☐ Com defeito ☐ Desligado ☐ Inexistente			
Condições da Sinalização Vertical: ☒ Boa ☐ Ruim ☐ Inexistente			
Condições da Sinalização Horizontal: ☐ Boa ☒ Ruim ☐ Inexistente			
Classificação do Acidente:		Número de Vítimas:	
☐ Sem vítima ☒ Com vítima ☐ Fatal		☐ Mortos ☒ Feridos	
Natureza do Acidente:			
☐ Col. Frontal ☒ Col. Lateral ☐ Col. Traseira ☐ Col. Transversal ☐ Tombamento ☐ Capotamento			
☐ Choque c/Ob. Fixo ☐ Atropelamento de Pedestre ☐ Atropelamento de Animal ☐ Engevetamento			
DADOS DOS ENVOLVIDOS			
CONDUTOR/VEICULO 01			
Nome do Condutor:		Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	
LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		☒ CNH ☐ IPD ☐ Não Habilitado	
Endereço:		Data Nascimento:	
CNH: 4588923575		RG: Validade CNH: 13/01/2018 Categoria: A UF: CE	
Placa: 926666		Marca: HONDA Modelo: PAN Cor: PRETA	
Especie/Tipo: PASSAGEIRO		CPF/CNPJ:	
Nome do Proprietário:			
Endereço:			
Veic. Liberado ☐		Para:	
Veic. Recolhido/Depósito ☒		CNH: Categoria/CNH:	
CONDUTOR/VEICULO 02			
Nome do Condutor:		Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	
LEONARDO LEITE		☒ CNH ☐ IPD ☐ Não Habilitado	
Endereço:		Data Nascimento:	
CNH: 0288785088		RG: Validade CNH: 28/04/2018 Categoria: A UF: CE	
Placa: 137777		Marca: CHEV. Modelo: 347 Cor: BRANCA	
Especie/Tipo: PASSAGEIRO		CPF/CNPJ:	
Nome do Proprietário:			
MARCIA VANIA DE SOUSA RODRIGUES			
Endereço:			
Veic. Liberado ☒		Para: CONDUTOR	
Veic. Recolhido/Depósito ☐		CNH: Categoria/CNH:	
DAS VÍTIMAS			
VÍTIMA 01			
Nome da Vítima:		Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	
LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		Data Nascimento:	
Endereço:		Fone:	
Ferimento: ☐ Leves ☐ Graves ☐ Fatais		Condições da Vítima:	
☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Pedestre		Condução da vítima:	
☒ Ambulância/Hosp. ☐ Veic. Particular/Hosp. ☐ Outros			
VÍTIMA 02			
Nome da Vítima:		Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	
		Data Nasc:	
Endereço:		Fone:	
Ferimento: ☐ Leves ☐ Graves ☐ Fatais		Condições da Vítima:	
☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Pedestre		Condução da vítima:	
☐ Ambulância/Hosp. ☐ Veic. Particular/Hosp. ☐ Outros			
DAS TESTEMUNHAS			

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
Fone:		
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:		Data Nascimento:
Fone:		

DIAGRAMA



NARRATIVA

CONDUTOR DO V1 NUNY 2660 TRANSITAVA NA VIA LESTE EDUARDO ARANHA SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOUVE UMA COLISÃO COM VEH PMM 1376. OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA PARA ESTAÇÃO DO ADO ESQUERDA DA VIA QUANDO HOUVE O ACIDENTE.

OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO V1 NUNY 2660 AM- 230V AUTO NE 37287 REMOVIDO.

DAS AVARIAS

Referente ao V1: PEQUENAS AVARIAS

Referente ao V2: AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PARACHEVE

PERÍCIA CIVIL - ATENDIMENTO (SIMULADO)			
Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
NOME(S) ENCARGADO(S) DO ATENDIMENTO			
Nome: AT. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura:	
Nome: AT. VALMIRA	Matrícula: 129876	Assinatura:	

José Wilson Muniz de Souza
Supervisor de Trânsito e Transporte
AMTP - PACAJUSTRANSITO
Portaria Nº 521 - 8/2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Luís Antonio Alves Nogueira, portador da carteira de identidade nº 04588913575 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.168.543-09, residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, 786, Cidade Pacajus, Estado Ceará, 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:

☒ 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

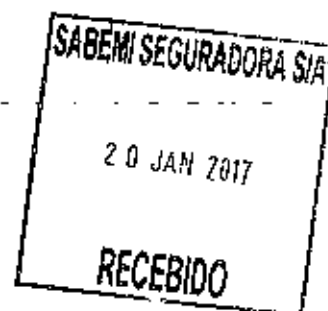
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 discorde do seu conteúdo.

Luís Antonio Alves Nogueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Pacajus - ce 20.12.2016

Local e data

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA

CPF da Vítima

02616854308

Data do Acidente

08/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

Itala Maria Socorro Lima

CPF do Representante Legal

35900504387

Email

italalima45@gmail.com

Telefone (DDD)

85992698805

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

3170/3617893170/361789

Pacajus

07

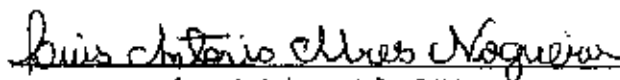
de

DEZEMBRO

de

2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

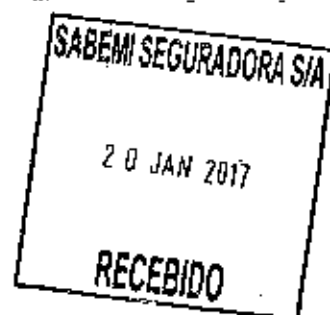
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte Interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

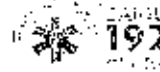


SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

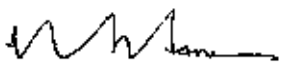


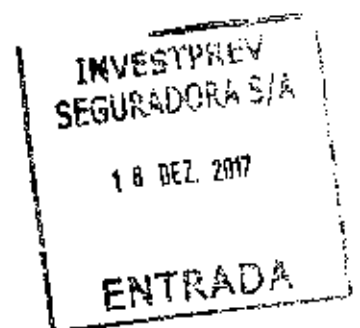
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



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: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000011021-1

Nr. da Autenticação 03B4E8FCFE334457

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jairo Antonio Alves Nogueira

RG nº 04588913575, data de expedição 24/09/15, Órgão Detran-ce

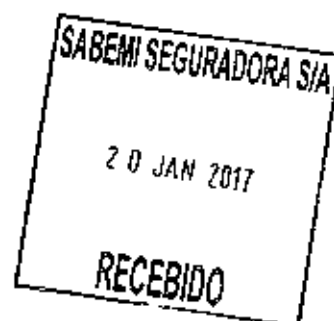
CPF nº 026.468.543-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Celso Nogueira</u>
Número	<u>786</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pacajus</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>62870000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8776-7188 / 8824-7477</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pacajus-ce 20.12.2016

Assinatura do Declarante: Jairo Antonio Alves Nogueira



SABEMI SEGURODORA S/A
20 JAN 2017
RECEBIDO

3180 004760



4451403-4

Para regular este estabelecimento, utilize o nº acima e verifique que emitir em nome municipal.

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP: 60110-000 | Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.251/0001-70 | CGF: 08.205.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B4 | RP

Rota: 07 20030 10 168000 - 6 Data de Emissão: 09/02/2017

Nome: FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO

End. Postal: RU CELSO NOGUEIRA 00786
CENTRO - PACAJUS - 62870000

Medidor: 1301595 Poste: 0000 0000

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência: 0,60

RG/CPF/CNPJ: 698870393-49 DGF

Nome do Responsável:

DADOS			SÉRIE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Condição	Índice
Fev/2017	09/02/2017	10/03/2017	OK	25,11

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	ICMS	ICF	ICMDC
73,48	27,00%	19,83	5,55	2,33	3,20

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0025.8747-02F0.7070.7000-0000-0000-0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Ant. (kWh)	Leit. Atual (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
1012	599	1,00	103	0,00	103	0,00	103

09/02/17 12/01/17 22 DIAS 103

VALOR CONSUMO DO MES 73,48

JUROS DO MES 0,60

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 7,88

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

05 JAN. 2017

ENTRADA



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 Francisco Marcelo Vitorino de Lima portador(a) do

RG nº 0129 7953694, expedido por Abrão - e, em

43 / 05 / 2018, CPF/CNPJ nº 44.832.388 / 0001 - 00,

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

Antônio Alves Nogueira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Luís Antônio Alves Nogueira, e conforme

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

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Não possui

Francisco Marcelo Vitorino de Lima
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

INFORMAÇÕES 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ITALA MARIA SOCORRO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 358 005 043 / 87
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09, 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 CEL CICERO NOGUEIRA		Número 358	Complemento A
Bairro CENTRO	Cidade PACAJUS	Estado CEARA	CEP 62870000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

PACAJUS, 14 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

13 DEZ. 2017



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, RG: 99025043233 data de expedição 03/05/2010, SSP-CE, portador do CPF: 019.476.773-65, com domicílio na cidade de Pacajus, no estado de Ceará, onde resido na Rua Celso Nogueira, N° 786, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

Veículo: PAS/MOTOCICLO

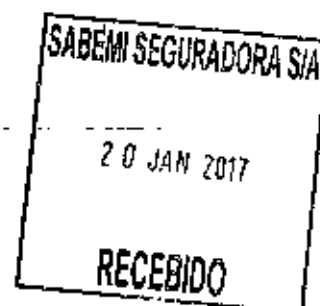
Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES

Ano: 2011/2011

Placa: NUY-2660

Chassi: 9C2JC4120BR527432

Data do Acidente: 08/10/2016



Local e Data: 06/12/2016-Pacajus /CE

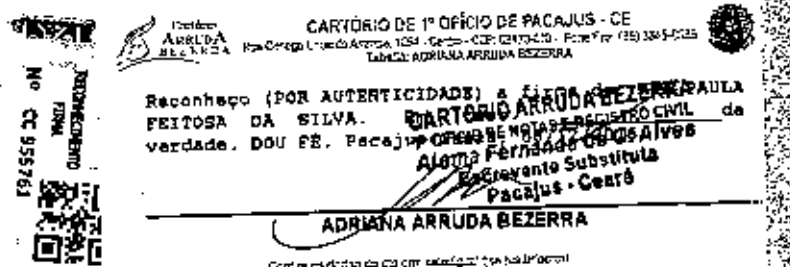


Ana Paula Feitosa da Silva

Assinatura do Declarante

Luis Antonio Alves Nogueira

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





0001

Impressão

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA,
RG nº 20090794057, data de expedição / /,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 019.476.773.65, com
domicílio na cidade de PACAJUS, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CELSO NOGUEIRA, nº 00786,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era
LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

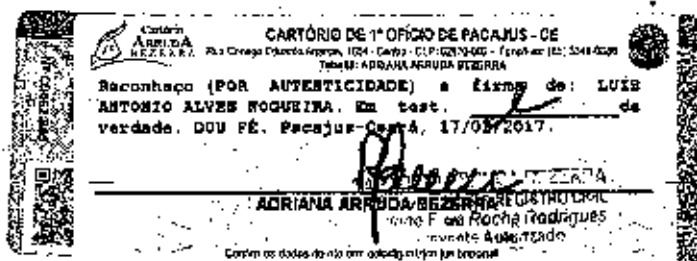
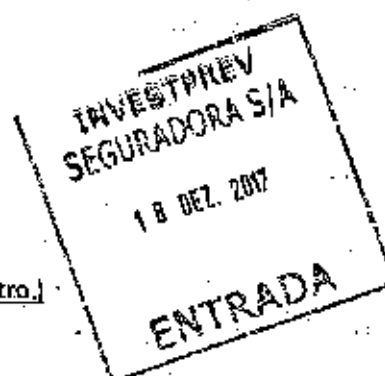
Veículo: **MOTO**
Modelo: **HONDA CG 125 FAN ES**
Ano: **2011**
Placa: **NUY 2660**
Chassi: **9C2JC4120BR527432**
Data do Acidente: **08/10/2016**
Local e Data: **PACAJUS 10/02/2017**



Ana Paula Feitosa da Silva
Assinatura do Declarante

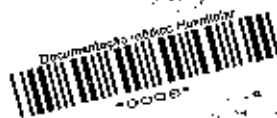
Luis Antonio Alves Nogueira

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes

DATA ATENDIMENTO:

08/10/16 HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE				Luis Antonio Alves Nogueira			
DATA NASCIMENTO	IDADE	TELEFONE	SEXO	RAÇA COR			
11/05/88	28	91691009	☒ M ☐ F	☐ BRANCA	☐ AMARELA		
DOCUMENTO	NATURALIDADE			☐ PRETA	☐ PARDAS		
2000015047041				ESTADO CIVIL			
PAI:	Marcilio Nogueira de Oliveira			☐ SOLTEIRO(A)	☐ VIÚVA(A)		
MÃE	M ^{te} Nenzinha Alves Nogueira			☐ CASADO(A)	☐ Outros(A)		
LOGRADOURO (RUA, Avenida Travessa)							
Rua - Celso Nogueira - 749							
BAIRRO							
Centro							
PONTO DE REFERENCIA				AGENTE DE SAÚDE			
CIDADE				MOTIVO DO ATENDIMENTO			
Pacajus							
ORD.	PROCEDIMENTOS:	U.F.	SETOR/CLINICA	CÓDIGO			
01		CE		CID			
02							
SINAIS VITAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA		PESO			
	mm.hg	°C		Kg			
HISTORIA CLINICA:							
Rx maxilar superior							
Rx mid							
Rx mge							
Luciano Ramos Mendes CRM 17738							
SABEM SEGURADORA S/A							
28 JAN 2017							
RECEBIDO							
Devido a trauma de colisão auto x moto, estava na moto e capote. Transportado pelo SAMU. Laceração em mid, com a maior medida cerca de 18 cm. Exacerbação em max, dos dentes maxilar superior à direita.							
S/ fraturas nos dentes de max.							
S/ fraturas nos 2 dentes na maxilar superior.							
BEB, LATE, expulso.							
Transtorno de ansiedade							
DIAGNÓSTICO							
Luciano Ramos Mendes CRM 17738							



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

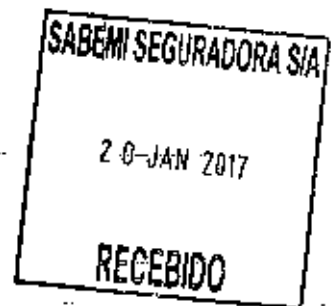
ATESTADO MÉDICO

Atesto que Leis Antonio Alves
Hopelina
necessita de quince (15) dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID S-8.1

Dr. Roberto Lúcia Decima
Especialista em Medicina Geral Integral
RMS 23.710.5

Pacajus, 25 / 10 / 2016

Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Ce
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.3487





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cep.: 62.870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Srs Antonio Alves Nogueira

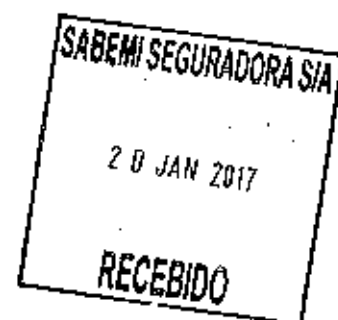
necessita de 15 dia (s) de licença

para Tratamento de Saúde.

CID: V29.8

Pacajus-CE, 08 de 10 de 16

Ludano Ramos Mendes
CRM 17788
Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Leis Antônio Alves Nogueira

uso interno

via oral

Cefalexina 500mg _____ 28cp

Tomar 1cp de 6/6h 7 dias

Ibuprofeno 600mg _____ 1cp

Tomar 1cp de 6/6h se dor

08/10/16

Luciano Ramos Mendes
CRM 17738

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n
Centro - Pacajus / FONE/FAX: (65) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

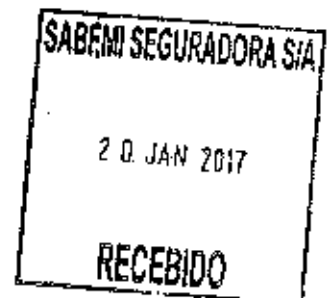
Identificação do Emitente	
Nome Completo:	<u>Dr. Alexandre</u>
CRM:	<u>6848</u> UF: <u>CE</u> nº: <u>6848</u>
Endereço Completo e Telefone:	<u>BRAS</u> <u>de FRANCISCO</u>
Cidade:	<u>475</u> UF: <u>CE</u>

<u>Dr. Alexandre</u> CRM 6848-CE CLÍNICA MÉDICA
<u>Dr. Alexandre</u>
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Guilherme Antônio NogueiraEndereço: R. Celso Nogueira 788Prescrição: 0 Risperidona Spray - 1mlUsar nas lentes até
0.3 vezes diaPacajus
11.10.16

Identificação do Comprador	
Nome:	
Idente:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	Data: <u>1</u> / <u>1</u>

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n Centro - Pacajus / FONE/FAX: (85) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes



DATA ATENDIMENTO:

DATA ATENDIMENTO: 08/10/16 HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

REGISTRO DE PACIENTE									
PACIENTE Luis Antonio Alves Nogueira									
DATA NASCIMENTO		IDADE		TELEFONE		SEXO		RACA COR	
11/05/88		28		91691009		☒ M ☐ F		☐ BRANCA ☐ AMARELA	
DOCUMENTO				NATURALIDADE				☐ PRETA ☐ PARDA	
2000015047041								☐ ESTADO CIVIL	
PAI		MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA						☐ SOLTEIRO(A) ☐ VIUVA(A)	
MAE		M ^{re} NENZINHA ALVES NOGUEIRA						☐ CASADO(A) ☐ OUTROS(A)	
LOGRADOURO (RUA, Avenida Travessa) Rua - Celso Nogueira - 749									
BAIRRO Centro									
PONTO DE REFERENCIA						AGENTE DE SAUDE			
CIDADE Parauapebas						MOTIVO DO ATENDIMENTO			
U.F.		SETOR/CLINICA				CÓDIGO		CID	
CE									
PROCEDIMENTOS:									
ORD. 01									
02									
SINAIS VITAIS		PRESSÃO ARTERIAL		TEMPERATURA		PESO			
		mm.hg		°C					
HISTORIA CLINICA									
Kx mãos certas D Rx mid Rx mge <i>[Assinatura]</i> 17738 INVESTPREV SEGURADORA S/A 18 DEZ. 2017 ENTRADA Queixa principal de edema nas mãos e membros inferiores há 10 dias, com a mão esquerda mais afetada. Início da dor no tornozelo esquerdo há 5 dias. História de hipertensão arterial sistêmica em uso de medicação. Não há diabetes, doenças cardíacas ou renais conhecidas. Hábito de fumar 20 cigarros por dia há 20 anos. Negado uso de álcool e drogas ilícitas. História de trombose venosa profunda no membro inferior direito há 10 anos. DIAGNÓSTICO Trombose venosa profunda no membro inferior direito <i>[Assinatura]</i> 17738									



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente

LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

ATESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUTACIADO SOFRIU
ACIDENTE DE MOITO COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA COM CATINHO
DEIXANDO SEQUELA NEUROLÓGICA COM
DOR NA PERNA DIREITA, A MESMA
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA
SIBILIDADE E EFICÁCIA CIRCUNDA
DE GRANDE MONTE DESDE 08/08/2016.

CID 10 - R20.2 }
T93.0 }
T01.3 }

29/08/2017

Dr. Sam Mariano Larello
Médico CREMOP 1670
Deus é Fiel

Rua Tenente Joaquim Nogueira do Queiroz, 191 - Centro - Pacajus - PB 56.177-1851 3348 1631
E-mail: segundepacajus@yahoo.com.br

ENTRADA

() Ralo X () Ultra-som () Eco () Sangue () Urina () Outros:

OBSERVAÇÃO: () até 24hs () Alta () Transferência Data e Hora: ____/____/____	
PARA ÓBITO	
ANTES DO 1º ATENDIMENTO	() SIM () NÃO
DESTINO DO CORPO: () Entregue a Família () IML () Anatomia Patológica	

Assinatura do Paciente/Responsável:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cep.: 62.870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GONVES

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Srs Antonio Alves Nogueira

necessita de 15 dia (s) de licença

para Tratamento de Saúde.

CRM: V298

Pacajus-CE, 08 de 10 de 16

Luciano Ramalho Mendes
CRM 17488

Assinatura do Médico

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que João Antônio Alves
Popelina
necessita de 15 dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID 34.1

Dra. Edileide Vitoria Decima
Especialista em Medicina Geral Integral
RMS: 23.370.745

Pacajus 25 / 10 / 2016

Rua Ten. Joaquim Nogueira da Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Co
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.3487

GRÁFICA ENCAIXE (85) 3352.2431

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAGOMINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente: LUIS ANTONIO ALVES NEGREIRA

ATESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUFRIU ACIDENTE QUE O
ACIDENTE DE MOTO COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA COM CATRO
DEIXANDO SEQUELA NEUROLÓGICA COM
DOR NA PERNA DIREITA, A MESMA
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA SEN-
SIBILIDADE E CIRCUNSCRIÇÃO
DE GRANDE MONITA DESDE 08/10/2016.

CID 10 - R20.2
T93.0
T01.3

29/08/2019

Dr. Sam Martins Larelle
Médico - CRLS. 1670
Deus é Fiel

Rua Teófilo José de Aguiar, 100 - Centro - Paragominas - PA - 68.600-000
Fone: (91) 3621-1111

INVESTIDOR
SEGUROPA S/A
19 JAN. 2018
ENTRADA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PARTIDO NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO UF: **2000015047041 927 CR**

CPF: **026.168.543-09** DATA NASCIMENTO: **11/05/1988**

RENASC: **MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA**
MARIA NENEZINHA ALVES NOGUEIRA

RESIDÊNCIA: **PORTALEZA** ACE: **ACE** CATEGORIA: **A**

Nº IDENTIFIC: **04588913575** VALIDADE: **22/09/2020** 1ª HABILITACAO: **09/06/2011**



Observações:

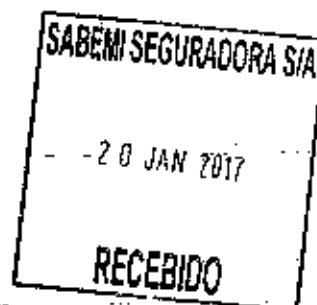
SEM OBSERVAÇÃO;

Luís Antônio Alves Nogueira
Assinatura do Portador

LOCAL: **PORTALEZA, CR** DATA EMISSÃO: **24/09/2015**

[Assinatura] **56940104251**
ICOR VINCULADO PORTA **CR149837178**

ASSINATURA DO EMISSOR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013145683348
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD ATIVAVIM - B.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 00286888092 0000000000 2016

ANA PAULA FEITOSA DA SILVA

PACAJUS /CE

CPF / CNPJ 01947677365 PLACA NUY2660/CE

PLACA ANT / UP /CE 9C2JC4120BR527432

ESP-CE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIV GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CB 125 FAN ES 2011 2011

QNTD. DE CIL. 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR. PAD. NOMINATEL PRETA

COFA UNICA	VEIC. COTA UNICA	VEIC. / COTAS
*****,**	**/**/**	1*****
FAIXA / RVA	PAGAMENTO / COTAS	2*****
*****	*****,**	3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04 DESAVALUO (R\$) 14,34 VALOR TOTAL 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 COT. DESAVALUO 1,11 VALOR TOTAL 292,63

LOCAL PACAJUS DATA 14/11/2016

Ignor. Foz de Iguaçu
Superintendente

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

CE Nº 013145683348 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULADO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA - CPF / CNPJ 01 01947677365 PLACA NUY2660/CE

00286888092 HONDA/CB 125 FAN ES

ANO FAB. 2011 EDIC. 09 9C2JC4120BR527432

PREMIO TARIFARIO

129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE 4,15 COT. DESAVALUO 1,11 VALOR TOTAL 292,63

LOCAL PACAJUS DATA 09/11/2016

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.658/0001-04

MOTOR: JC41E2B527432

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

PPT 03 0028488809 0000000000 02016

ANA RADEA PETTUS DA SILVA

PALACIUS 7CE

01947677365 NOV2000/EE

PLACA ANT. 1P 7CE 01947677365

FAS/MOTOCICLO 125 PAR ES

2F/OCV/124CC PARTIC

DATA ÚNICA *****

PREMIO TARIFARIO 143,38
CUSTO DO SEGURO 292,91

DATA ÚNICA *****

DATA 11/11/2016

PACAJES

SEC IRU DEP TACHIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU TAO SEGURO DPVAT

013145683948 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 922 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 14/11/2016

01 01947677365 NOV2000

00284888092 HONDA/CE 125 PAR ES

ANO FAS 2011 DELTA 09 9C2JC4120BR527432

PREMIO TARIFARIO 143,38
CUSTO DO SEGURO 292,91

DATA ÚNICA *****

DATA ÚNICA *****

SEGURO LIDER - DPVAT

DATA 11/11/2016

PACAJES

ENTRADA
11/11/2016
SEGURO LIDER - DPVAT



Certificado da Condição de Microempreendedor Individual
Identificação

Nome Empresarial

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA 84454172315

Nome do Empresário

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA

Nome Fantasia

MARCILIO ASSESSORIAS

Capital Social

30.000,00

Nº da Identidade Órgão Emissor UF Emissor CPP

98025012283 SSP CE 844.541.723-15

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente Data de Início da Situação Cadastral Vigente

ATIVO 05/01/2012

Números de Registro

CNPJ NIRE

14.832.388/0001-00 23-8-0047499-5

Endereço Comercial

CEP Logradouro Número

62870-000 RUA GUARANY 703

Bairro

CENTRO

Município UF

PACAJUS CE

Atividades

Data de Início de Atividades

05/01/2012

Código da Atividade Principal Descrição da Atividade Principal

82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

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 Município 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 da sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.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.

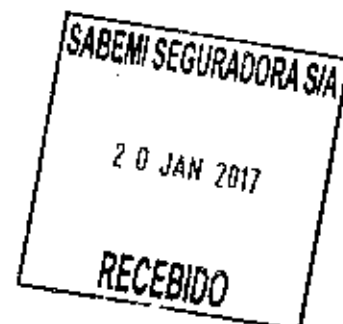
Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico

<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp>

Número do Recibo:	ME87900421
Número do Identificador:	14832388000100

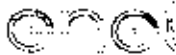
Data de Emissão:

15/12/2016



OUTROS

Coelce
agora é



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **453528296**
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a sua conta de
NOV/2016

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4451403 DV **4**

VENCIMENTO
21/11/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)
86,16

DESCRIÇÃO DA CONTA

**ENERGIA
 CONSUMO**

Rota 07 020030 10 0168000 Medidor 1301595 Poste 0000 0
 Nome FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU CELSO NOGUEIRA 00786 CENTRO PACAJUS 62870000

RG / CPF / CNPJ 698.870.393-49

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
691	585	1	106	0	106

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
106	0,71851	76,16

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
12/11/2016	14/12/2016

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EB7C.5C36.4127.1F20.7B52.AF42.235D.D485

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
76,16	27%	20,56

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA 1,71
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 8,29
 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$0,97.)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	32,97
TRANSMISSÃO	0,82
DISTRIBUIÇÃO	11,49
ENCARGOS SETORIAIS	5,77
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	25,11

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

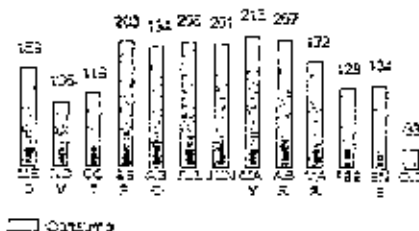
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,52

Conjunto PACAJUS

Mês SET/ 2016

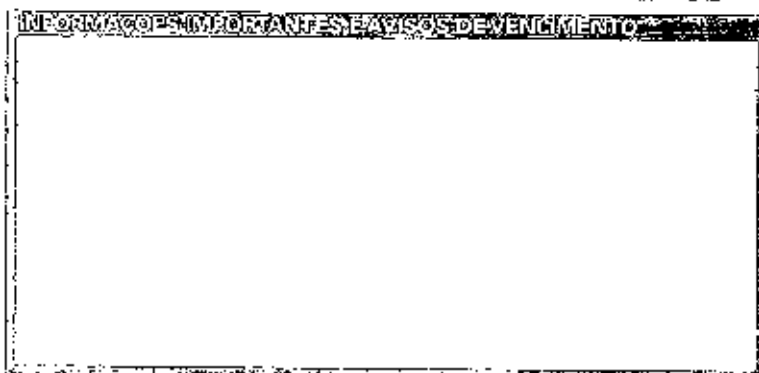
	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,2	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

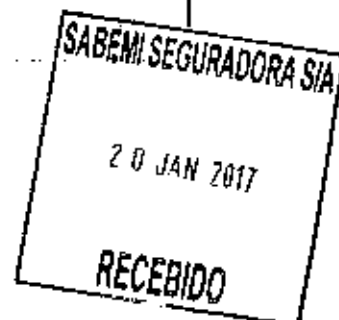
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
			0



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4451403-4** Nº da Nota Fiscal: **453528296** Total a Pagar (R\$): **86,16**
 Data de Emissão: **05/12/2016** Referência: **NOV/2016** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170055148 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA **Data do acidente:** 08/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: laceração em mid + escoriações

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004760 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA **Data do acidente:** 08/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO

Resultados terapêuticos: LESÃO LIGAMENTAR COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO JOELHO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA, brasileiro, casado, empresário, portador do CNH: 04588913575 e CPF/MF: 026.168.543-09, Residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, Nº 786, Bairro: Centro-Pacajus-CE, no estado do Ceará, CEP: 62870-000 Telefones (85) 8776-7188 (85) 9193-1375 (85) 8824-7477.

OUTORGADO: FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA, CNPJ: CPF: 14.832.388/0001-00, Com Endereço profissional na Rua Guarani, Nº 703, Bairro: Centro, na cidade de Pacajus no estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder do DPVAT e a Susep.

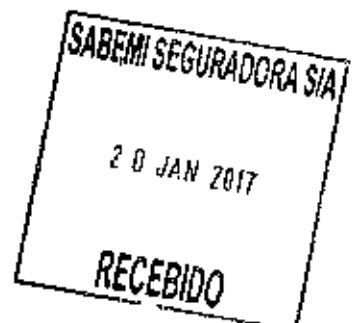
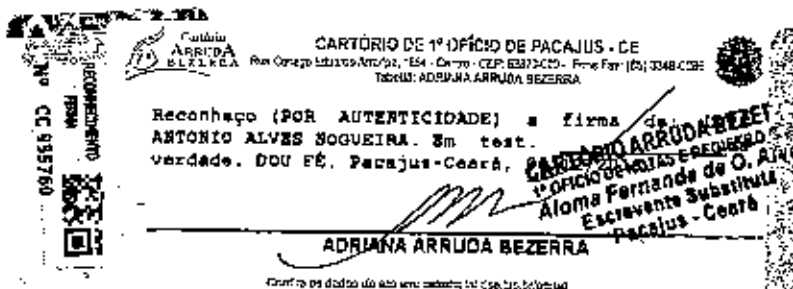
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pacajus-CE, 06 de Dezembro de 2016.



Luís Antonio Alves Nogueira

OUTORGANTE



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO DE PACAJUS - CE
 Rua Getúlio Vargas, 125 - Centro - CEP: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3343-0335
 TDD 12 AUSENTE AUSENTE BEZERRA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, em test. da verdade. DOU PB. Pacajus-Ceará, 17/02/2017.

ADRIANA ARRUDA BEZERRA
 Legitimada E. em Racha Rod. Federal

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
 Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO, Profissão: RECLUSO, RG
 Nº 2000015047041, CPF/MF: nº 026.168.543.09, residente e
 domiciliado(a), Rua: CELSO NOGUEIRA,
 nº 00786, Complemento: CASA, Bairro: CENTRO,
 Cidade: PACAJUS CEARA, Estado: RS CEP: 62870 - 000.

OUTORGADO: ITALA MARIA SOCORRO LIMA, brasileiro(a),
 Estado Civil: SOLTEIRA, Profissão: RECUSOU
 CPF: 359.005.043.87, Endereço CEL CICERO NOGUEIRA
nº 00356 complemento CASA, B
 airro: CENTRO CEP: 62870 - 000 Cidade: PACAJUS, Estado do RS.
 Fone: (85) 3348-3717 e 85 9926-8805
 E-MAIL:

PODERES: Concede amplos poderes para: montar e enviar seu processo de dpvat, podendo o mesmo, assinar, preencher formulários, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone. Ter acesso a todo o processo administrativo, acompanhar o andamento, contestar exigências junto a **SEGURADORA LIDERE a SUSEP (Superintendência dos Seguros Privados)**, quando for o caso. E da mesma forma, retirar junto aos órgãos públicos documentos pertencentes ao outorgante, tais como Policia Civil, Policia Militar, Policia Rod. Federal, Policia Rod. Estadual, Bombeiros, Hospitais, Clinicas, Samu e outros que se façam necessário para o bom andamento do processo. Desde já fico ciente que não irei procurar outros, que tenha a mesma finalidade, do objeto da procuração.

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 18 DEZ. 2017
 ENTRADA

PACAJUS, 11 de FEVEREIRO de 20 17.



Luis Antonio Alves Nogueira

OUTORGANTE