
Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11540843

A/C: DOMITILA LELLIS AGUIAR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170455399 ASL-0321176/17

Vitima: DOMITILA LELLIS AGUIAR

Data Acidente: 12/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: BRENO DE PAULA GONCALVES SOUZA

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta n°: 11561994

A/C: DOMITILA LELLIS AGUIAR

Sinistro: 3170455399 ASL-0321176/17
Vitima: DOMITILA LELLIS AGUIAR
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: BRENO DE PAULA GONCALVES SOUZA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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 S.N.STRG

CAMPO PREENCHIDO PE:

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

EU, Domitila Bellis Aguiar

PORTEJUR(A) DO RG Nº 2003031028034

EXPEDIDO POR SSP/CE

EM 02/05/2003

CPF (612629638391) CRPI (00000000000000000000), PROFISSÃO Recepcionista

U RENDA MENSAL DE R\$ Reais NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / RETRIBUIÇÃO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A própria

AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASSEGOSTAS

(*) A Circular Suspe nº 445/2012, que traz da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar, juntamente de todos os documentos apresentados, os seguintes dados: nome completo, CPF, RG, número de identificação social, profissão e renda mensal.

Para efeitos de regularização de um pagamento, informa-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser fornecidos separadamente.

- Conta-saúde ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PRFV DÉNIA SOCIAL ou saúde ou fundo vital;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, MC (micro empresarial) ou FPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for maior;
- Conta tipo FÁCIL, referente ao limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Letrificada com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta d'água/electricidade em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta, para efetivamente comprovar ocorrência dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receitafazenda.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.

SABEMI SEGURADORA S/A

17 AGO 2017

RECEBIDO

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/cópia, 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0785 N° da CONTA (com dígito, se existir) 55690-5

86

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0785 N° da CONTA (com dígito, se existir) 55690-5

DEclaro que a conta acima mencionada é de MINHA PROPRIEDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOCUMENTO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Benedito, 25 de julho de 2017

LOCAL E DATA

Breno de Paula G. Souza

Advogado

OAB/CE 20.475

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos herdeiros), obedecendo a legislação vigente, ou de 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 (revista na Lei 10.945/2005) e não pode ser menor que R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o seu processo de reclamação, basta que você acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-3221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I



Eu, Domitila Bellis Aguiar, portador da carteira de identidade nº 2003 031028034 e inscrito no CPF/MF sob o nº 626.296.383-91, residente e domiciliado na Rua José Camilo Soares, nº 100, Cidade Utingara, 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 à 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.

x Domitila Bellis Aguiar

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São Benedito - CE 25/07/2017
Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
17 AGO 2017
RECEBIDO

AT
Sexta-Feira



LAUDO MÉDICO

Ficha de Atendimento

CPF: 331.290.007 Documento:

RESPONSÁVEL
Contato: F B C

Nome do Paciente: Normilia Gelly Aquino

Data de Nasc: 18/07/86 Idade: 30 Sexo: F Estado Civil:

Endereço: Rua Antônio Carvalho - ACS: José Corrêa Soares Rua:

fone: 85 3200-1100 Cidade: Fortaleza, Ceará

Finals Vitais:

Sintoma Principal: Picada vélma de cobras moto- carro, apresentado

T.D.A.: Vômito + Dor faríngeia;

Acidentando banho de futebol em Meioz. Infarto Direito

Exame Físico: AP = M/V U & S/RA -

Audiometria = Inoculto - Glasgow (15)

Diagnóstico: Tumor (Poliastro)

Conduta:

Prescrição Médica: Horário Medicação Evolução Enfermagem:

1) Sintoma suspeito:

2) Citalum - 75 mg TM agora 19:00 ✓

3) Tramal 50mg + 100 ml S.E.O. q/15'

apura: 19:40 Alberto 681034

PA, Tens, FC e PR d/ 47-77

4) Absorção rápida por 24 horas

Evolução:

1) Dolor, Órgâos, SC d/6h! P: 22.400-07 ✓

2) Ritonavir 1FA, JM, se d/ não cdes com
merúno,

ata: 12/03/17 Hora do Atendimento: 17:30

Receptionista: Kauê
Data: 16/03/2017

CONFERE COM
PROFISSIONAL
F.B.C.

Ricardo de Souza
Ass. de Estatística

Médico
Assinatura/Carimbo

2ª VIA
05/03/2017
H.M.F.B.C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Domitila Bellis Aguiar

RG nº 2003031028034, data de expedição 07/05/2003, Órgão SSP/CE,

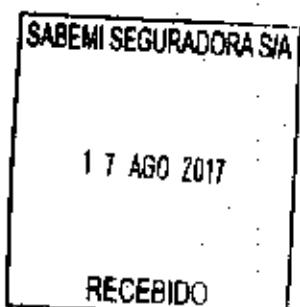
* CPF nº 626.296.383-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Ramilo Soares</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Ubajara</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>62.350-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9414-8859</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Benedito - CE 25/07/2017

Assinatura do Declarante: x Domitila Bellis Aguiar



DO CLIENTE

122178-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
que encontra-se no topo da sua fatura.

A Fábrica Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 30.439
de 29 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho Viana, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 01.047.261/0001-79 | CGF 08.105.848-9



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 5 | SÉRIE B14 | N.º 474293218

Rate 13 31130 01 006900 - 9 Date de Emissão 19/04/2017
Nome DOMITILIA LELLIS AGUIAR
End. Postal PCA JOSE CANILIO SOARES 00100
- UBAJARA - 62350000
Medidor 7269033 Posto 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 626296383-91 CGF
Norma do Responsável

Mês de Referência 19/04/2017 Data da Apresentação 19/05/2017
Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 19401NA
Mês Fev-2017 RIO 16.14

ICMS
Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto
62,17 | 17,00% | 10,78

Produtos Individuais
Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual
OMC 5,51 16,52 21,25 8,00 8,00 8,00
FIC 3,16 6,42 12,45 8,00 8,00 8,00
OMIC 3,83 8,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F928.ADF.1049.0004.ED04.140E.0170.340C

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Lct. Anual	Lct. Anterior	Consl.	Consumo (kWh)	Consl. inf.	Consl. fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16446	16356	1.00	90	8,00	-0	0,0460	62,17
19/04/17	20/04/17		30 UNDS.		90	62,17	
TOTALIZADOR							

VALOR CONSUMO DO MÊS

MULTA MORATÓRIA REF 03/2017

62,17

1,25

0,17

SABEMI SEGURADORA S/A

17 AGO 2017

RECEBIDO

FIXO



0418 - CTCE FORTALEZA CETTO
BRENDA DE PAULA GONCALVES SOUZA
RUA ABILIO FURTADO DE ARAUJO, 257
CRUZEIRO
62370-000 SAD BENEDITO-CE



7213512820105790000009856330010316

• PÁ A RUA DO NOSSO BAR



Referência

FEVEREIRO/2016

Telefone

(88) 3626-1670

Vencimento

11/03/2016

Total a pagar

R\$ 128,09

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$ 54,87
	OI FIXO	31,79
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL	
	SERVIÇOS DIGITAIS	
	OUTROS PACOTES E SERVIÇOS MENSais	23,08
	OI VELOX	R\$ 56,24
	OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA	56,24
	ASSINATURA VELOX	
	ANTIVÍRUS + BACKUP + EDUCA	
	EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 16,98
	OUTROS VALORES	16,98

SABEMI SEGURADORA S/A

17 AGO 2017

RECEBIDO



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0015-74 - INSC. ESTADUAL: 06.106.206-7
AV. SANTOS DUMONT, 6355 - FORTALEZA - CE CEP: 60175-053
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

BRENO DE PAULA GONCALVES SOUZA
TELEFONE/CONTRATO: 36261670 CJ 0 SU 6
CONTA 02/2016 LOCAL 3468 DV 0

84570000001-7 28090024030-8 15034680362-3 61670061602-5



FATURA N.: 0900078663473

VENCIMENTO: 11/03/2016

VALOR A PAGAR R\$ 128,09

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 160900060376

FIXO



0418 - CTCE FORTALEZA CETTO
BRENDA DE PAULA GONCALVES SOUZA
RUA ABILIO FURTADO DE ARAUJO, 257
CRUZEIRO
62370-000 SAD BENEDITO-CE



7213512820105790000009856330010316

• PÁ A RUA DO NOSSO BAR



Referência

FEVEREIRO/2016

Telefone

(88) 3626-1670

Vencimento

11/03/2016

Total a pagar

R\$ 128,09

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$ 54,87
	OI FIXO	31,79
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL	
	SERVIÇOS DIGITAIS	
	OUTROS PACOTES E SERVIÇOS MENSais	23,08
	OI VELOX	R\$ 56,24
	OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA	56,24
	ASSINATURA VELOX	
	ANTIVÍRUS + BACKUP + EDUCA	
	EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 16,98
	OUTROS VALORES	16,98

SABEMI SEGURADORA S/A

17 AGO 2017

RECEBIDO



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0015-74 - INSC. ESTADUAL: 06.106.206-7
AV. SANTOS DUMONT, 6355 - FORTALEZA - CE CEP: 60175-053
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

BRENO DE PAULA GONCALVES SOUZA
TELEFONE/CONTRATO: 36261670 CJ 0 SU 6
CONTA 02/2016 LOCAL 3468 DV 0

84570000001-7 28090024030-8 15034680362-3 61670061602-5



FATURA N.: 0900078663473

VENCIMENTO: 11/03/2016

VALOR A PAGAR R\$ 128,09

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 160900060376

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.

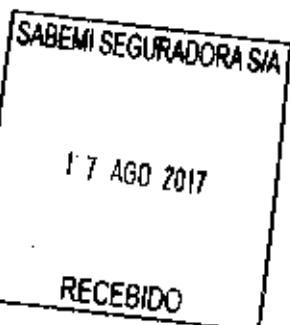
¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

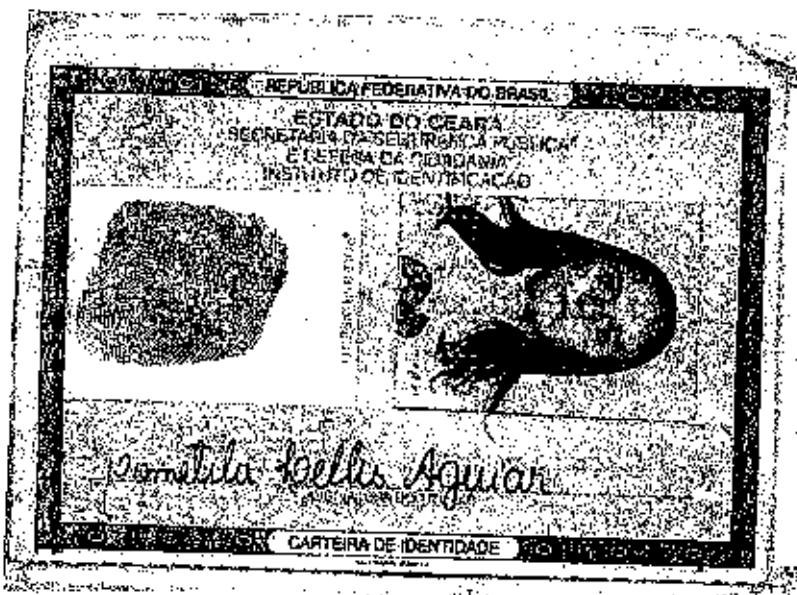
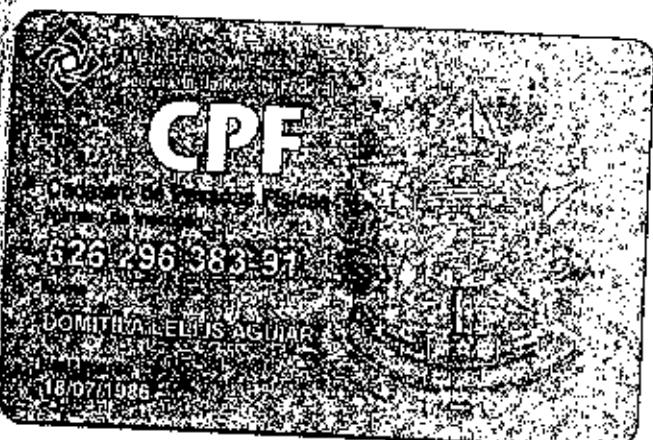
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu BRENO DE PAULA GONÇALVES SOUZA, portador(a) do RG nº 98028011113, expedido por SSP/CE, em 18/04/2013, CPF/CNPJ nº 999.487.613-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Domitila Bellis Aquan do sinistro de DPVAT da natureza Invadido, da vítima Domitila Bellis Aquan, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: Profissão: ADVOGADO. Renda Mensal: NÃO DESEJO INFORMAR A RENDA.

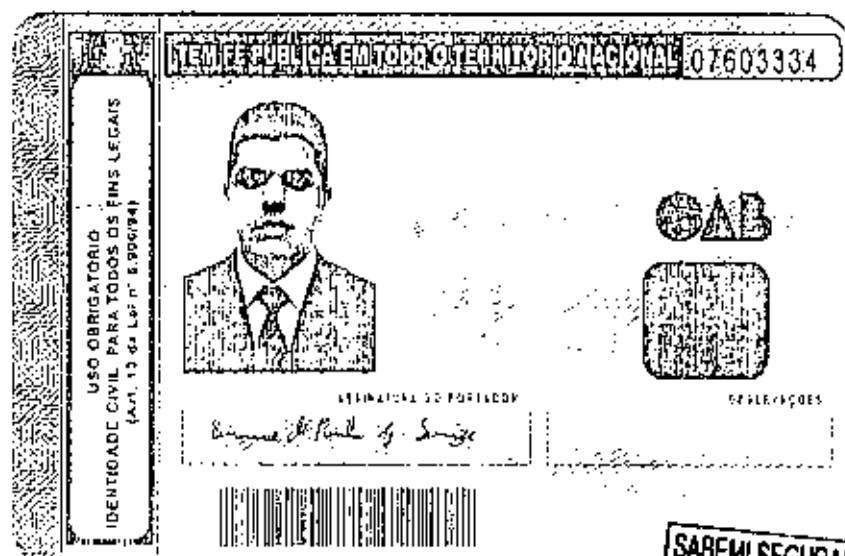

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Breno de Paula G. Souza
Advogado
OAB/CE 20.475





SABEMI SEGURADORA S/A
17 AGO 2017
RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

17 AGO 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012459109298
VIA COD. RENAVAM R.N.T.O. EXERCÍCIO
01 00467232174 000000000000 2016

NOME: DOMITILA LEITIS ASUAR

CE
UBAJARA

CPF/CNPJ: 42629638391 PLACA: 01G6754/CE

PLACA ANTO/UF: /CE CHASSI: 9G2KD0550CR011152

ESPECIE/TIPO: MOTO/FICHA/NÃO APPLICA COMBUSTIVEL: GASOLINA/ÁLCOOL

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 DRS ES ANO FABR.: 2012 ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CIL: 271/OCV / 14900 CATEGORIA: PARTICIPANTE COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA		VENC./COTA ÚNICA	MENÇ./COTAS
P	FAIXA I, PVA	PARCELAMENTO / COTAS	1
V	FAIXA II, PVA		2
A	FAIXA III, PVA		3

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 1000 PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA LOCAL: 17/04/2016

Igor Pontes
Assentado/Atendente

SABEMI SEGURADORA S/A
17 AGO 2017
RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170455399 **Cidade:** Ubajara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMITILA LELLIS AGUIAR **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMAS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (FERIDA CORTO CONTUSA) E REGIÃO CERVICAL E TORACICA

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO, FERIMENTO, ESCORIAÇÕES. TRATAMENTO CONSERVADOR. SUTURA DE FERIMENTO. MEDICAÇÃO ANTINFLAMATORIA. OBSERVAÇÃO E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: DAMILLA LELLIS AGUIAR
Nacionalidade: BRAZILEIRO Estado Civil: SOLTEIRA
Profissão: AUTONOMA
Identidade: ONH 052.350.980-84 CPF: 626.296.363-91
Endereço: Rua José Canuto Soares Bairro: Moura Casseiro
Cidade: URBANA CEP: 62350-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: BRENO DE PAULA GONÇALVES SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 98028011113 CPF: 999.487.613-91
Endereço: RUA ABÍLIO FURTADO DE ARAUJO, 257 Bairro: CRUZIRO
Cidade: SÃO BENEDITO - CE CEP: 62.370-970

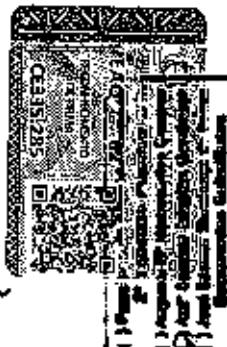
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAE e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

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 relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinhar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandado.

Local e data:

São Benedito - CE 25/07/2017

Osmilia Bellis Aguiar
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



**CARTÓRIO ALMEIDA CAMPOS
2º OFÍCIO
IBAJARA - CEARÁ**

Rosenhege a. — Firma de
Por Autenticado - Nombrado Se-
ñor Aquían — x

Ubajara 31 de 03 de 2017
Em Teste Assinado da Verdade

