



Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro
Barreira - CE, Cep: 62795-000

(85) 98205-6900

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA "ET EXTRA"

OUTORGANTE: JOÃO BOSCO FELICIANO DE LIMA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Rg: 2000002007488-SSP-CE

CPE: 007.463.573-54

Endereço: SÍTIO ARAÚJO, S/Nº, ZONA RURAL, PONDORÉTAMA - CE, CEP: 62860-000

Email:

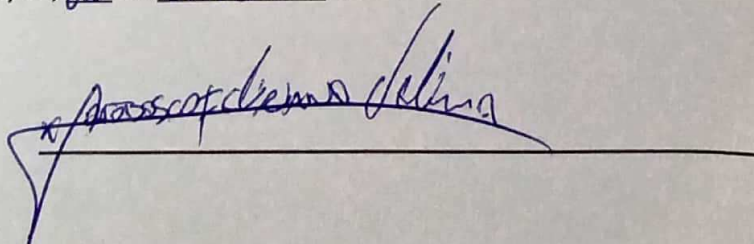
Telefone:.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, e JONATHAN BEZERRA DOS SANTOS, brasileira, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.128, ambos com telefone profissional (85) 98205-6900, endereço eletrônico advocaciadiegosilveira@gmail.com, domicílio profissional situado na Rua Senhor de Castro, nº 49-A, Centro, Barreira - CE, CEP: 62795-000 e Avenida Desembargador Moreira, nº 1800, lj. 18, Condomínio Shopping Romcy, Bairro Aldeota, Fortaleza-Ceará, CEP: 60.170-002.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, firmar acordos, receber valores em processos judiciais, dar quitação, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, recorrer, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo operar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, bem como para receber alvarás judiciais para levantamento de valores perante quaisquer órgãos e instituições bancárias, podendo para tanta tais alvarás judiciais serem expedidos em favor dos outorgados e assinar declaração de hipossuficiência econômica, devendo os outorgados adotarem todos os atos necessários ao cumprimento do múnus assumido junto ao outorgante, inclusive receber a RPV/PRECATÓRIO e alvará, ressaltando 30% de honorários contratuais em nome dos procuradores.

Para que surta os jurídicos e legis efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza/CE, 02 de OUTUBRO de 2020.



advocaciadiegosilveira@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante:

Nome: JOÃO BOSCO FELISIANO DE LIMA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Rg: 2000002007488, SSP-CE

CPF: 007.463.573-54

Endereço: SÍTIO ARAÚSO, S/Nº, ZONA RURAL, PINDORETAMA-CE, CEP: 62860-000

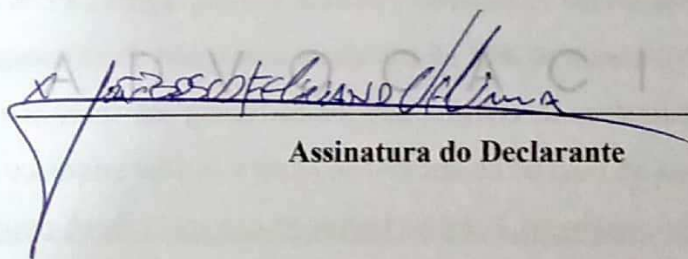
Email:

Telefone:

Declaro para os devidos fins de Direito nos termos do art. 98 do NCPC que não tenho condições de arcar com o pagamento de despesas processuais sem comprometer a minha sobrevivência.

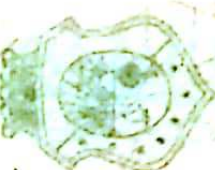
Para que surta os jurídicos e legais efeitos, ao final, o outorgante firma a presente.

Fortaleza-CE, 02 de OUTUBRO de 2020.



Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



PROTEGIDO FORTÍFICAR

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & BOM

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2000002007488

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/06/2015

NOME

JOAO BÔSCO FELICIANO DE LIMA

FILIAÇÃO

MARIA FELICIANO DE LIMA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

22/06/1985

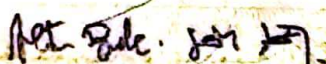
DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SERPA TERMO: 10650 FOLHA: 151V

LIVRO: A-18 AQUIRAZ - CE

CPF: 007.463.573-54

2 VIA



ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 121

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

*MICHAEL GREG & BONIS

do Cliente
10057518

Para regular seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 70.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CDF DE 105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 077709316

Rota PD238RS6 - 77800 Referência 08/2020
Nome JOAO BOSCO FELICIANO DE LIMA
Endereço ST ARAUJO, 00000, PINDORETAMA, 62860-000, PINDORETAMA
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 25/08/2020
Medidor 2S15061-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F. 1-01 dias
Anterior 25/07/2020 Atual 25/08/2020 Próxima prevista 24/09/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
27	12.705	12.634	1.00	71	71	0	0,43700	31,03

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PRET MUNIC	22,29
BENEFICIO TARIFARIO BRUTO	40,75
BENEFICIO TARIFARIO LIQUIDO	-28,89
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	7,63
CONSUMO DE 031 KWH ATÉ 100 KWH	30,59
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 171 KWH	46,55

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	125,52	27,00	33,88
PIS	91,64	0,51	0,46
COFINS	91,64	2,39	2,18

VENCIMENTO 02/10/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 118,92

CONSUMO CONSCIENTE **CPF/CNPJ** 007-461.573-54

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compensação total emitida pelo consumo de energia elétrica:
Emissão (CO₂) 66,75 Compensação (kg CO₂) 0,00 Compensação Ecológica (tCO₂) 0

Informações ao Cliente
- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, futurada com desc. tarifário de R\$ 28,89.
Períodos: Band. Tarif.: Verde 26/07 - 25/08

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA



Impressão nº 2018201437

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1424 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **05/11/2018 09:30:06**Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2018 13:30:00**Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO SÍTIO ARAUJO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **PINDORETAMA/CE**Ponto de Referência: **COLEGIO MODELO SÍTIO EMA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOÃO BOSCO FELICIANO DE LIMA**Nascimento: **22/06/1985** CPF:RG: **2000002007488**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA FELICIANA DE LIMA****ND**Endereço: **SÍTIO ARAUJO CASA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **PINDORETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **8915-6807****Histórico**

AFIRMA A PESSOA SUPRA QUALIFICADA SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB; QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA PNR-8687, CHASSI 9C2KCI680FR308614, ANO 2015, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 150 FAN ESDI EM SEU NOME; QUE FOI COLHIDO POR VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO EM CRUZAMENTO NAS PROXIMIDADE DO NOVO COLÉGIO; QUE FOI AD SOLO COM FRATURA FACIAL E SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA IJF NA CIDADE DE FORTALEZA; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINADA: **DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



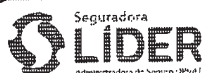
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **JOÃO BÔSCO FELICIANO DE LIMA**, portador da identidade n.º 2000002007488, SSP-CE, inscrito no CPF 007.463.573-54 no dia 08/09/2018, às 13h31, no município de Pindoretama/CE, na CE 040, KM 40, Localidade de Sítio Araújo, vítima de acidente, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA DO SAMU 192 CEARÁ**.

Eusébio, 19 de setembro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

五



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 007463812-54 CPF da vítima: 007463812-54 Nome completo da vítima: LOMAR GOMES DE LIMA FILHO

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

Nome completo: SEMI BOSCO LUCIANO DE LIMA
Profissão: AGRICULTOR Endereço: ST ARAUJO
Número: 914 Complemento:
Bairro: EMA Cidade: PIMDORÉTAMA Estado: CEARÁ CEP: 6286000
E-mail: Tel.(DDD): 986573375

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1958 13 CONTA: 00031999 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com concordância, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



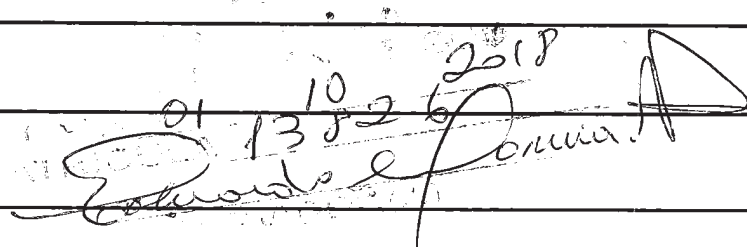
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 01/10/2018 12:23:48

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 08/09/2018 14:33:24	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 703400200274800	NOME: JOAO BOSCO FELICIANO DE LIMA			Registro: 5579700	
CPF: 00746357354	RG:	D. NASC: 22/06/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA FELICIANO DE LIMA			NOME DO PAI: SEM REGISTRO		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: ARAUJO		Nº: S/N	BAIRRO: ZONA RURAL	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 985255163	MUNICÍPIO: PINDORETAMA	UF: CE	CEP: 62860970	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: samu ce usb 110 cond marcelo		PARENTESCO:		TELEFONE: 985255163	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus					
QUEIXAS: colisão moto x ônibus com trauma cranioencefálico , há 02 horas , consciente					
OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefálico - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RELATÓRIO MÉDICO

JOAO BOSCO FELICIANO DE LIMA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNTESE DE EXTENSOS FERIMENTOS EM FACE E TRONCO. REALIZADA SÍNTESE DAS LESÕES EM 09/09/2018. PACIENTE SEGUE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

cid: ____z42.3____

Fortaleza, 09/10/2018

Dr. Eduardo Lafayete
Médico
CRM 243224



LAUDO MÉDICO

(cirurgia plástica)

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: JOÃO BATISTA FERNANDES DE LIMA

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5579700

Unidade: ER Leito: M 10

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

PACIENTE COM LACERAÇÃO EM LÁBIOS E REGIÃO GENGIVAL +
EXTENSA LESÃO EM TROUS. REALIZADA RECONSTRUÇÃO DE LÁBIO
INFERIOR E SUTURA DAS DEMAIS LESÕES. RECEBE ALTA DA CIRU
GIA PLÁSTICA EM BOM ESTADO CLÍNICO.

Diagnóstico Principal: LCMA

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

1- Cirurgia realizada: RECONSTRUÇÃO DE LÁBIO INF. Cirurgião: Dr. HOU

Tipo de anestesia/Sedação: SUTURA DE EXTENSA FERIMENTAÇÃO Data 08/09/18

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____/_____/____

3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____/_____/____

4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____/_____/____

5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____/_____/____

6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data _____/_____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- _____ Data _____/_____/____

2- _____ Data _____/_____/____



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (X) Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) ROBERTO CESAR (45 DIAS)

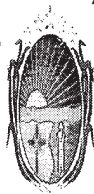
Observações:

- HIGIENE ORAL e PERIODONTAL 3X/DIA
- RETORNO DE PONTOS / FALCÃO → 07 DIAS
- TRANCOS → 10 DIAS
- TÓSSICA DE CUMPRIMENTO DURANTE

Data: 09 / 09 / 18

[Assinatura]
Médico

CRM/Carimbo



PREFEITURA DE
PINDORETAMA

Secretaria da Saúde

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDORETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 1- Preencher a ficha em três ^{fls. 22} vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: BS - Sítio Emp
Distrito Sanitário: _____ Município: PINDORETAMA

Nome: João Bosco Feliciano de Lima Prontuário Nº 703 4002 00274800

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 22/06/85 Ocupação: _____

Endereço: Sítio Arauzo Bairro: _____ Tel.: 85-989356807

Motivo do Encaminhamento:
PARICERFIA PARICERFIA: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NECESSITA DE EXAME COMPLEMENTAR.

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: _____

Eza. Carolina Costa Oliveira
Cirurg. Dentista

Ass. do Encaminhamento e Carimbo

Q-D.

Função

20/09/18

Data

10:40

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: PARICERFIA

Unidade de referência: CEO Data: 20/09/18 Hora: 10:40

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de referência: _____

Prontuário Nº _____ Data da alta: ____/____/____ Hora: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____

Secundário 1: _____ CID.: _____

Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo

Função

Data

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190048468 **Vítima: JOAO BOSCO FELICIANO DE LIMA**

Data do Acidente: 08/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VALBECI CALIXTO LIMA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BOSCO FELICIANO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

