

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO NONATO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000070895-6

Nr. da Autenticação B9CFF944228EE1E8

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160463461

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO NONATO VIEIRA

Data do acidente: 30/06/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO FACIAL COM FRATURA DE OSSO FRONTAL E OSSOS DA FACE.

Descrição do exame médico pericial: SEQUELA CRANIO FACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO, ALTA MEDICA. EVOLUÇÃO COM CEFALÉIA POS TRAUMÁTICA E DEFICIT DE MEMÓRIA, DEFORMIDADE E PARESTESIA NA FACE.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GABRIELA GRACA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9458750

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vitima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9496694

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vitima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9654268

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vítima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2016

Carta nº: 9765907

A/C: CICERO NONATO VIEIRA

Sinistro: 3160463461 ASL-0984316/16
Vítima: CICERO NONATO VIEIRA
Data Acidente: 30/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CICERO NONATO VIEIRA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **0000032**

Conta: **0000070895-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160463461 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CICERO NONATO VIEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **VILA CHA nº 401 - ST LEITE - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20077872465 - SSP**
Data local do exame: **16/09/2016 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRANIO FACIAL COM FRATURA DE OSSO FRONTAL E OSSOS DA FACE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO, ALTA MEDICA. EVOLUÇÃO COM CEFALÉIA POS TRAUMÁTICA E DEFICIT DE MEMÓRIA, DEFORMIDADE E PARESTESIA NA FACE.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA CRANIO FACIAL LEVE.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

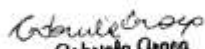
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 16/09/2016

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM: 52.66379-4


Gabriela Graca Suares Pinto
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

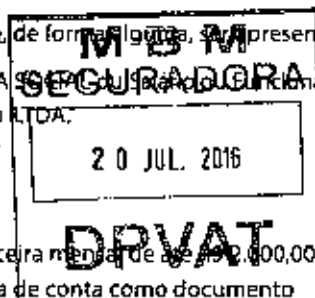
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cícero Norato Vieira
PORTADOR(A) DO RG Nº 20077872465 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/12/14 E
CPF 519633903-68 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cícero Norato Vieira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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) 0032-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 70895-6

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.

f. do Norte - CE 14 de julho de 2016 x Cícero Norato Vieira

LOCAL E DATA

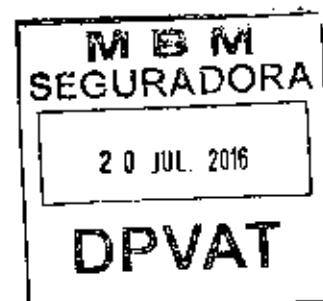
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

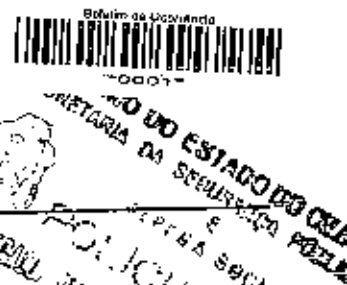


DV-9





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



BOLETIM DE Ocorrência N° 486 - 10719 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **11/07/2016 11:19:06**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/06/2016 16:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **SÍTIO POPO**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto da Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO NONATO VIEIRA**
 Nascimento: **12/12/1974** CPF: **519.635.903-68** UF: **CE**
 RG: **20077872465** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA**
RAIMUNDO NONATO VIEIRA
 Endereço: **VILA CHA, 401 SÍTIO LEITE** CEP:
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI4625 UE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9CZJD17101R005419 Renavam: **760087462** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
 Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível:
GASOLINA Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante **QUE NÃO É HABILITADO** e conduzia a motocicleta, acima identificado, após ter ingerido bebida alcoólica, tendo colidido com outra Motocicleta, vindo a sofrer Trauma Cranioencefálico, e algumas escoriações, sido socorrido pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **JOSÉ CRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Cicero Nonato Vieira**

VISTO DO DELEGADO(A): **FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133879-1-3**

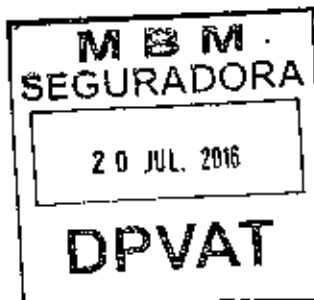
CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL.
 Conferi e autentico de acordo com o Art. 7º da
 Lei 8.935/94. DOU FÉ.

CRATO-CE, 12/07/2016

- TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Tabelião
- MARCELINO FARIAS DE LAVOR - Escrivento
- EUCLEDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivento
- MARIA LUCINATO DE SOUZA - Escrivento
- INGRID KISHARA FERREIRA COPEL - Escrivento

Rua Tristão Gonçalves, 280, Centro, Crato-CE - CEP: 61.100-100 Fone: 3521-6190



DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Biceno Renato Vieira, portador da carteira de identidade nº 2007787246-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 519.635.903-68, residente e domiciliado na Vila Cha, 401 - Sítio Leite, Cidade Quazeiro do Norte, 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.

Biceno Renato Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Quazeiro do Norte - CE. 14/07/16

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO

*comprovação do
ato declaratório*

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO NONATO VIEIRA Prontuário: 117895 Admissão: 30/06/2016
Data Nasc.: 12/12/1974 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 92414069
Mãe: FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA
Sexo: Masculino RG: 20077872465 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: RURAL
Endereço: SÍTIO POPO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário: 17:03
Queixa: paciente vítima de acidente de moto, colisão moto-moto, afirma uso de bebida alcoólica, refere cefaleia intensa e
apresenta hematoma e edema em olho d
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: 88 Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES CRM: 15536 Nº 330266 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM
ACIDENTES DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA
PERIORBITÁRIO DIREITO, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, HÁ MAIS OU MENOS 3H. REFERINDO CEFALÉIA
INTENSA, E VERTIGEM
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/06/2016 17:03:00	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

Nome	MBM SEGURADORA	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)		30/06/201 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)		30/06/201 20:21	Não	Realizado
RX MAO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	20 JUL. 2016	30/06/201 17:35	Não	Realizado

DPVAT



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
30/06/2016 00:00	CINTHYA PINTO SILVA	PACIENTE RELATA SER VITÍMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOFRENDO TRAUMA EM REGIÃO DE TERÇO SUPERIOR E MEDIO DA FACE. RELATA PERDA DA CONSCIENCIA, RELATA ALTERAÇÃO VISUAL, RELATA PARESTESIA, RELATA DIFICULDADE RESPIRATORIA, RELATA DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL. NEGA EMESE, NEGA EPISTAXE, NEGA ALTERAÇÃO OCLUSAL. AO EXAME FISICO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITARIA A DIREITA. AO EXAME TOMOGRAFICO DO CRANIO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. HD: FRATURA DE FRONTAL + FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO. CD: 1-AGUARDAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLINICO E ALTAS DA DEMAIS ESPECIALIDADES, POSTERIORMENTE AGENDAMENTO CIRURGIA ELETIVA PELA BUCOMAXILO; 2-VIDE
01/07/2016 00:00	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	ctbmf PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HA CERCA DE 20 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NO MOMENTO : CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO. AO EXAME FACIAL: HEMATOMA/EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA COM OCLUSAO PALPEBRAL. MAXILA E MANDIBULA FIXOS A PALPACAO. AO EXAME TOMOGRAFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTACOES + PRESCRICAO + RETORNO AMBULATORIAL CTBMF + ALTA CTBMF AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



Nº DO CLIENTE
6939063-0

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

cosafce

Para efetuar sua contratação, utilize o nº de
serviço que aparece no cartão de crédito.

Rua Pacheco Valdeavila, 150
CEP 60135-040 - PALMEIRA CE
CNPJ: 07.047.791/0001-50 CEF: 08.105.245-7

DATA DE EMISSÃO 24/06/2016

Nome CICERO NONATO VIEIRA

End. Postal VL CHA DOABO
ST LEITE - JUAZEIRO DO NORTE - 63010970

Medidor 2732127 **Posto** 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00

RG / CPF / CNPJ 519633903-49 **CPF**

Nome do Responsável

INFORMAÇÕES DE VALIDADE DO FORMULÁRIO

Data de **Data de** **Exatidão** **Valor a pagar** **Valor a pagar**
Validade **Validade** **Validade** **Validade** **Validade**
Jun/2016 24/06/2016 26/07/2016 Conjunta Por/2016 5,55
Mês 100% = 0,00

Base da Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor da Prestação	Padrão Individual		Aplicação Individual	
			Mês	Ano	Mês	Ano
100%			10,00	10,00	10,00	10,00
DIC			7,50	15,00	10,00	10,00
PIC			5,00		10,00	10,00
DMIC					10,00	10,00

RESUMO DO VALOR A PAGAR DO CONSUMO

Let. nº	Let. nº	Comp.	Comp. incl.	Comp. excl.	Comp. excl.	Valor (R\$)
693	693	1,00	0,00	0,00	0,00	10,79
24/06/16	24/06/16					10,79

VALOR CONSUMO DO MÊS 10,79

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -10,79

VERCIMENTO 01/08/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

DESCRIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Preço	0,00
Descontos	0,00
Distribuição	0,00
Preços de Serviços	0,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	0,00
TOTAL	10,79

HISTÓRICO DE CONSUMO

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

contatos
(88) 3572-0398
(88) 99779-2255





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDIMAR ALVES DA SILVA

RG nº CNH: 04478362669, data de expedição 26/11/14, Órgão DETRAN-CE,

CPF nº 018.829.993-98, 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)	VILA PADRE CICERO
Número	473
Apto / Complemento	
Bairro	DISTRITO BELA VISTA
Cidade	CRATO
Estado	CEARÁ
CEP	63139-500
Telefone de Contato	(88) 3572-0398 / (88) 99779-2255
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crato - CE 15/07/16

Assinatura do Declarante: Edimar Alves da Silva



Nº DO CLIENTE
724626-9

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

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

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Grupo 0401

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

Rota 03 11006 31 151500 - 2 Data de Emissão 06/07/2016

Nome MARIA DO SOCORRO DA SILVA SOUSA

End. Postal VL PDE CICERO 00473

DISTRITO BELA VISTA - CRATO - 63100000

Medidor 2707147

Poste 0000 C095

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 889598993-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês em Referência	Data da Apresentação	Projeção Próxima Letura
Jul/2016	06/07/2016	05/08/2016

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta CR410
Mês Mai/2016
EUSD 57,27

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
154,67	27,00%	41,81

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,58	21,17	42,34
FIC	7,59	15,19	30,37
DMIC	5,68		0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

705B.958D.6E53.342B.2B70.9B0C.450C.A513

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Ext.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22036	08171	1,00	225	0,00	24	0,24631	7,27
					70	0,41354	26,91
					115	0,51950	14,33
					5	0,60000	0,94
06/07/16	06/06/16		30 DIAS		105		113,31

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	113,91
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,06
MULTA MORATORIA REF 06/2016	3,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,62
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,12

M B M
SEGUROADORA
20 JUL. 2016
DPVAT

13/07/2016 **143,89**
INDICAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

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 Edimar Alves da Silva, portador(a) do

RG nº CNH.04478362669, expedido por Detran-CE, em

26 / 11 / 14, CPF/CNPJ nº 018.829.993-98,

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

Nemato Vieira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Licero Nemato Vieira, e conforme

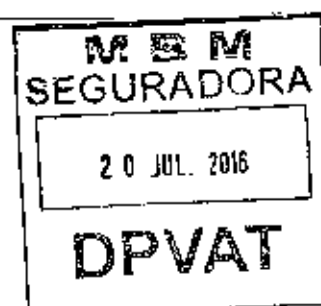
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso comprovar profissão e renda

Edimar Alves da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS,
RG nº 1.375.686, data de expedição 25/09/1992
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 939.906.784-15 com
domicílio na cidade de SUAZUIRO, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO POPO, nº 51,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima * ELERO RONATO VIANA cujo o condutor era
* ELERO RONATO VIANA.

Veículo: motocicleta
Modelo: XL R 125
Ano: 2001
Placa: HWI 4625
Chassi: 9C21017103R005419
Data do Acidente: 30/06/16
Local e Data: Crato-CE 12/07/16

Cartório 5º Ofício
CRATO-CE

Maria Elisabete Severo dos Santos
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de.

MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS

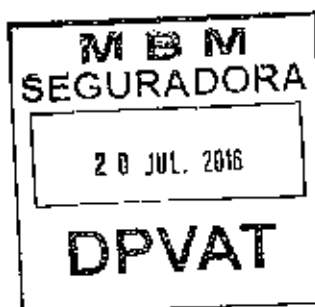
XX

XX

XX

TEÓFILO ANTÔNIO CORREIA RODRIGUES - Tabelião
MERCÉLIO FARIAS DE LIMA - Escrivão
EUCLEDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivão
MARIA LUSVALGA DE LIMA - Escrivão
MORIS MÁXIMA FERREIRA LOPES - Escrivão
Rue Tristão Gonçalves, 298, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100. Fone: 3521-8190

CRATO-CE: 12/07/2016





FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: CICERO NONATO VIEIRA Prontuário: 117895 Admissão: 30/06/2016
Data Nasc.: 12/12/1974 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 92414069
Mãe: FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA
Sexo: Masculino RG: 20077872465 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: RURAL
Endereço: SÍTIO POPO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário: 17:03
Queixa: paciente vítima de acidente de moto, colisão moto-moto, afirma uso de bebida alcoólica, refere cefaleia intensa e apresenta hematoma e edema em olho d
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: 88 Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES CRM: 15536 Nº 330266 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ALCOOLIZADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA PERIORBITÁRIO DIREITO, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, HÁ MAIS OU MENOS 3H. REFERINDO CEFALÉIA INTENSA, E VERTIGEM
REG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

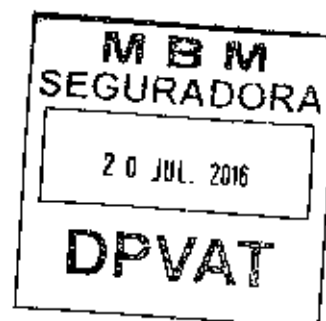
Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/06/2016 17:03:00	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

EXAME

MBM
SEGURADORA

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	30/06/201 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/06/201 20:21	Não	Realizado
RX MAO D AP/OBLÍQUO (0204040094) AMB	30/06/201 17:35	Não	Realizado

DPVAT



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
30/06/2016 00:00	CINTHYA PINTO SILVA	PACIENTE RELATA SER VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOFRENDO TRAUMA EM REGIÃO DE TERÇO SUPERIOR E MEDIO DA FACE. RELATA PERDA DA CONSCIENCIA, RELATA ALTERAÇÃO VISUAL, RELATA PARESTESIA, RELATA DIFICULDADE RESPIRATORIA, RELATA DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL. NEGA EMESE, NEGA EPISTAXE, NEGA ALTERAÇÃO OCLUSAL. AO EXAME FISICO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITARIA A DIREITA. AO EXAME TOMOGRAFICO DO CRANIO OBSERVA-SE SINAL SUGESTIVO DE FRATURA FACIAL. HD: FRATURA DE FRONTAL+FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO. CD: 1-AGUARDAR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLINICO E ALTAS DA DEMAIS ESPECIALIDADES, POSTERIORMENTE AGENDAMENTO CIRURGIA ELETIVA PELA BUCOMAXILO; 2-VIDE
01/07/2016 00:00	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	ctbmf PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HA CERCA DE 20 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NO MOMENTO : CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO. AO EXAME FACIAL: HEMATOMA/EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA COM OCLUSAO PALPEBRAL , MAXILA E MANDIBULA FIXOS A PALPACAO. AO EXAME TOMOGRAFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTACOES + PRESCRICAO + RETORNO AMBULATORIAL CTBMF + ALTA CTBMF AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Afasto para o Dr. Jofrânio
que cicero Norberto viro
sobre as suas de modo no
dia 30/06/2016 que remeteu
em transmissão crônica
no maxilar superior e li-
nifo e confusão do max
e de linifo. Fecber tratam-
ento adequado com abo-
definitivo, porém aumento
de melo, melo logico e mo-
toro (limitação de 30% no
abertura do boco e 30% das
movimento do max de direito.

16/08/2016

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

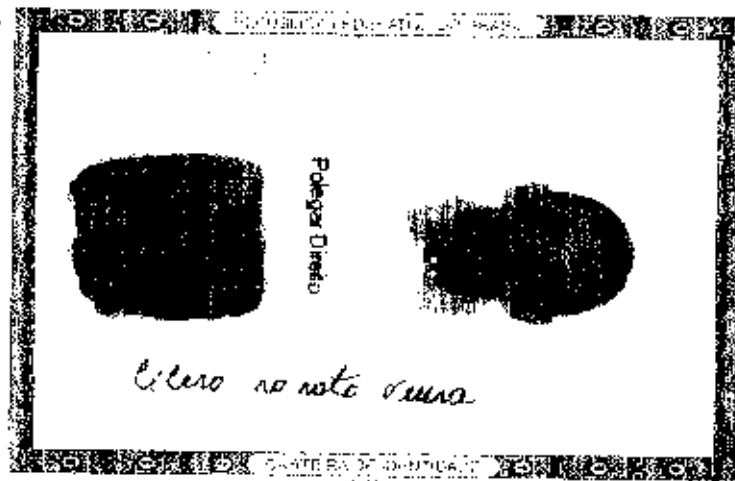
(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332

M B M
SEGURADORA

23 AGO. 2016

DPVAT

Documento em nome de: 



Cicero no rate vira

RECEITA: 2007767244-5 DATA DE EMISSÃO: 05/12/2014

Nome: CICERO MONATO VIEIRA

Filhos: RAIMUNDO MONATO VIEIRA, FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA

Estado: CE DATA DE EMISSÃO: 12/12/1974

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: PARQUE CICERO TENRO 4.841 FOLHA: 84

LIVRO: 8-14 MAZEIRO DO NORTE - CE

DT: 519.635.903-68 RG-ANT: 178008972

P: 199

M B M
SEGURODORA

7 0 JUL 2016

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **519.635.903-68**

Nome da Pessoa Física: **CICERO NONATO VIEIRA**

Data de Nascimento: **12/12/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/02/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:07:16** do dia **14/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **767C.1454.423A.B0F1**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: EDIMAR ALVES DA SILVA

DOCUMENTO / REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO
2003034078312 SEPOS CR

CPF: 018.829.993-98 DATA NASCIMENTO: 30/10/1987

Função: ANTONIO FORTUNATO SILVA
FRANCINIDE ALVES DA SILVA

PERMISSÃO: ☐ APC: ☐ CALHA: ☒ A

IPM: 04478362659 VALIDADE: 19/11/2019 1ª EMISSÃO: 20/09/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

Edimar Alves da Silva
Assinatura do Titular

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 26/11/2014

01187780776
08144773520

951278140





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **018.829.993-98**

Nome da Pessoa Física: **EDIMAR ALVES DA SILVA**

Data de Nascimento: **30/10/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/03/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:09:43** do dia **15/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **3515.0CDF.333C.1BF5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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





APPENDIX

REF ID: A67432 DOCID: 30010 2/13

THE CHINESE UNIVERSITY OF POLYMER SCIENCES
CHINA UNIVERSITY OF POLYMER SCIENCES
CHINA UNIVERSITY OF POLYMER SCIENCES
CHINA UNIVERSITY OF POLYMER SCIENCES

93129466328425 14041464215/C12

9023017101R005419

1945/MOTOR/DEL/D/5000 APR 1 1945

HONDA/ALR 125	2001	2001
---------------	------	------

2F/OCV/12400	CATEGORIA PONT 3E	DOD PREDOMINANTE VERMELHOS
--------------	----------------------	-------------------------------

P V A	BRAGA LIMA	BRAGA LIMA	BRAGA LIMA
	BRAGA LIMA	BRAGA LIMA	BRAGA LIMA

[illegible][illegible][illegible]

SECURITY

7. 6. 1996

DPVAT

0040 011012207602 BOLNTE DE SEGURO DEPAT

WILLIAM C. SHAW, PRESIDENT OF SHAW-WALKER ASSOCIATES
 10000 PARKWAY, SUITE 100, FALLS CHURCH, VIRGINIA 22044
 OR 703/261-1100 FAX 703/261-1101

1990年12月15日

2015 24/04/2014

0-7-68

100760867462 HENDERXLR 128

2001 0721017101*005419

PREMIO TASSIARIO

129.14	14.34	143.48
--------	-------	--------

4.10 1.10 192.01

23/06/2013

SHIRAZI, LIAH - ENLAT

CONFIDENTIAL

100-4419 6122



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cicero Renato Vieira, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 20077872465, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 519.635.903-68, residente no(a) VL. Cha
nº 401, bairro: Sítio Leite, município: Guarazeiro do Norte CE.

OUTORGADO:

Nome: Edimar Alves da Silva, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Recuso, portador(a) do RG CM.044783626, órgão expedidor Detran
e do CPF: 018.829.993-98, residente no(a) Vila Padre Cicero
nº 473, bairro: Dr. Bela Vista, município: Crato CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Cicero Renato Vieira

Local e data: Crato - CE - 15/07/16

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO
CRATO - CE

Cicero Renato Vieira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

CICERO RENATO VIEIRA

XX

XX

XX

TEÓFILO ANTÔNIO DOBRO RIBEIRO - Tabelião
MARCELO FARIAS DE LAVOR - Escrevente
EULIDES BORGES DE OLIVEIRA - Escrevente
MARIA LUCIVALDO DE LIMA - Escrevente
INORIO IASHARA FERREIRA LOPES - Escrevente

CRATO-CE 12/07/2016

Rua Fritão Gonçalves, 290, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100, Fone: 3521-6180

