



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Juazeiro do Norte
Processo: 00664610820168060112
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 24/05/2021 15:43:02

Partes

Solicitante: Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro Dpvat

Documentos

Petição: 2763689_CONTESTACAO_0
1 - 1-10.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2763689_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 1-27.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

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

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
Vítima: CICERO NONATO VIEIRA

Cidade: Juazeiro do Norte
Data do acidente: 30/06/2016

Natureza: Invalidez Permanente
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 CEFALEIA POS TRAUMATICA E DEFICIT DE MEMORIA, 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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta n°: 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.

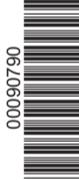
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 9765907

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.: 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 Vítimas 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 complicações.

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

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

SIM NÃO

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

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 sequela 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)

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à 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
Gabinetão Graco
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.

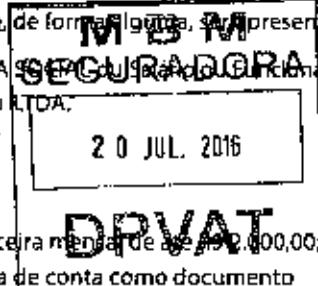
EU, Cícero Nonato Vieira

POR PORTADOR(A) DO RG N° 2007387-2465 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 05/12/14 E
 CPF 5196359003-68 /CNPJ 00000000000000000000, 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 Nonato 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 de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- 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.

Fló do Norte - CE, 14 de Julho de 2016 x Cícero Nonato 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.



DPVAT





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

Boletim de Ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 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: **SITIO 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**
 RG: **20077872465** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA**
RAIMUNDO NONATO VIEIRA
 Endereço: **VILA CHA, 401 SITIO LEITE**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
 Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWT4625** UE: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JD17101R005419** Renavam: **760087463** 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: *[Assinatura]* CRISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404985-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]* Cícero Nonato Vieira

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

CARTÓRIO DO 5º OFICIO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL.

Conferi o autentico de acordo com o Art. 7º da
 Lei 8.935/94. DOU FÉ.

CRATO-CE, 12/07/2016

- TEÓFILO ANTONIO COELHO RODRIGUES - Tabelião
- MARCELINO FARIA DE LAVOR - Escrivão
- EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivão
- MARIA LUCIVATI DA SILVEIRA - Escrivão
- INGRID ISMARAY FERREIRA LOPES - Escrivão

Rua Triângulo Gonçalves, 280, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-000 Fone: 3821-8190

**M B M
SEGURADORA**

20 JUL. 2016

DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Contrato de Seguro-Veículo do IML



Eu, Eduardo Nonato Vieira, portador da carteira de identidade nº 2007787-246-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 519.635.903-68, residente e domiciliado na Vila Chá, 401 - Sítio Leite, Cidade Guaré 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
- (X) 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 Lider 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.

* Eduardo Nonato Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Guaré 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: SITIO POPO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: SASKIA EVELLINE FREIRE 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

Sat02: 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 CEFALEIA 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 SENA

EXAME

Nome	M E M SEGURADORA	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)		30/06/2016 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)		30/06/2016 20:21	Não	Realizado
RX MÃO D AP/OBLÍQUO (0204040094) AMB	21 JUL. 2016	30/06/2016 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 OCCLUSAL. 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	ctbf 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 CTBFM + ALTA CTBFM AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



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 posso comprovar 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, firma-me.

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

Assinatura do Declarante: Edimara Alves da Silva



EN DO CUENTE
724626-9

A Tabela Social da Energia Elétrica
faz referência à Lei nº 10.439,
de 26 de abril de 2002.

coffee

Rua Padre Valdeivino, 150
CEP 66133-040 Farteleza/PR
(43) 32-665-06-105-828-3

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105 848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE D-4 | N°

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

Name MARIA DO SOCORRO DA SILVA SOUSA

End-Postal: VI DDE EIFFER 00423

VL PDE CICERO 02473
DISTRITO BELA VISTA - CRATO - CE 63100-000

Matidat 2203143

Page 2002 (099)

Código: 01-BESTOENCIAL-NONDEASTICO-BATTA-BEMBor de Boitaca - 8.00

PG-1295 (CNM) 880538993-73

65

Name of Respondent

DADOS			INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Base de Referência	Data da Aprendizagem	Provisão P/Próxima Entrega	Veja a legenda no topo desse painel.						
Jul/2016	06/07/2016	25/08/2016	Conjunto	CR410	Mes	Maio/2016	EUSD: 51,21		
ICMS			DICP1	P. 0,00 %	Padrão Individual	Apuração Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Total	Anual	Mensal	Total	Anual	
151,87	27,82%	41,81	DIC	10,55	21,12	42,33	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,59	15,19	30,38	0,00	0,00	0,00
ICMS	0,00	0,00	DMIC	5,89	11,78	23,56	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE PESQUISAMENTO DO CONSUMO

Lkt. Actual	Lkt. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Carga, Ind.	Carga, Nat.	Tarifa (\$/kWh)	Valor (\$)
320%	00171	1.08	225	0.08	0.04	0.24601	57.2

05/07/16	05/06/16	30 DIAS	100	113,3
DESCRÍÇÃO				VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES				113,9
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079				11,0
MULTA MORATORIA REF 06/2016				3,1
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL				13,6
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				2,1



RESUMO 13/07/2016 **VALOR** R\$ 143,89
COMPRA 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.044.78362669, 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 Nonato Vieira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Licero Nonato Vieira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: Recurso 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 939.906.184-0 com
domicílio na cidade de JUAZEIRO, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO POPO, nº 31,

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 * Eliso no nato Viúva cujo o condutor era
* Eliso no nato Viúva.

Veículo: motocicleta

Modelo: XLR 305

Ano: 2001

Placa: HWI 4625

Chassi: 9C2JD1H101R005419

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) da:

MARIA ELISABETE SEVERO DOS SANTOS

XXXXXXXXXXXXXXEXXXXX/XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXEXXXXX/XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXEXXXXX/XXXXXXXXXXXXXX

TEÓFILO ANTONIO COELHO DE MOURA - Escrivano

EUCLIDES FERREIRA DE LIMA - Escrivano

MARIA LUSIVALDA DE LIMA - Escrivana

JOAQUIM BARBOSA FERREIRA LOPEZ - Escrivante

Rua Tristão Gonçalves, 290, Centro, Crato-CE - CEP: 63.100-100. Fone: 3521-6160

M B M
SEGURADORA

20 JUL. 2016

DPVAT

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: SITIO 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 CEFALEIA 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	SEGURADORA	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)		30/06/2016 17:35	Não	Realizado
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	20 JUL. 2016	30/06/2016 20:21	Não	Realizado
RX MAO D AP/OBLÍQUO (0204040094) AMB		30/06/2016 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 MÉDIO 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 OCCLUSAL. 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	ctbfm PACIENTE COM HISTÓRIA 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 OCCLUSAO PALPEBRAL, MAXILA E MANDIBULA FIXOS A PALPACAO. AO EXAME TOMOGRAFICO : FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO CD- ORIENTACOES + PRESCRICAO + RETORNO AMBULATORIAL CTBFM + ALTA CTBFM AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL



Dr. Jofrânia Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

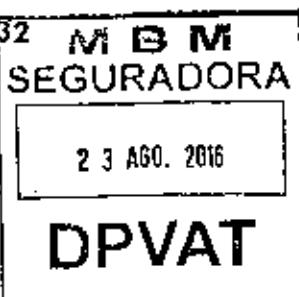
Acesso pelo orifício
genital masculino visto
que o paciente é tratado pro
dico. 30/06/2016 que realizou
um transsepto no crâne-
mo e molação superior e si-
niço e confirmado no exame
e pé feminino. Foi bem tratado
pelo aberto com efe-
tivo por� agamento
permeável hidrologico e mu-
ltiplo (limpa) de 30% no
exterior do foco e 30% das
mávulas do lado direito.

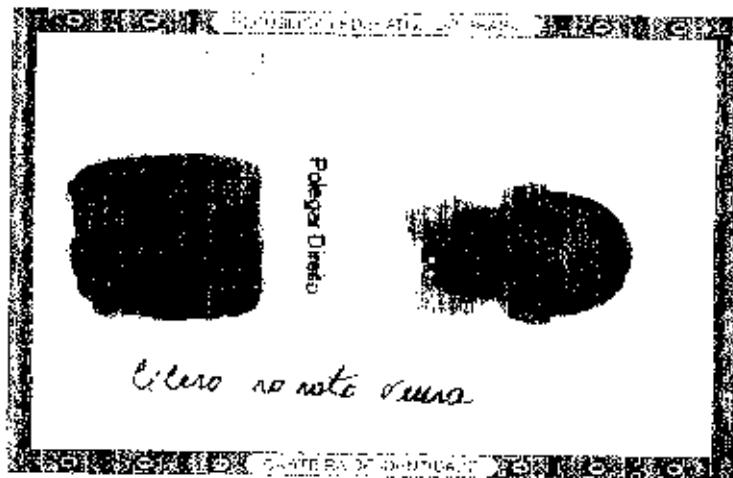
16/08/2016

Dr. Jofrânia 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





CERTIFICADO DE NEXO DE FAMÍLIA			
RECEBIDO	2007767246-5	DATA-01	05/12/2014
ORIGEM		DATA-02	
CICERO MONATO VIEIRA FILHO(A)			
RAIMUNDO MONATO VIEIRA			
FRANCISCA MARIA DA SILVA VIEIRA			
LOCALIZAÇÃO CRATO - CE			
DE ANIVERSÁRIO 12/12/1974			
Nº. CRÉDITO			
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO-PARF CICERO TERRA:4.841 FOLHA:84 LIVRO:8-18 MAZEDO DO NORTE - CE 07 517.625.903-68			
01-ANT: 2088009772			
02-VIA			
Assinatura			
Data: 05/12/2014			
Local: Crato - CE			





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**

Dígito 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.)



Documento de identificação

00012*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO																										
PORTO EDIMAR ALVES DA SILVA																										
<table border="1"><tr><td>DOCUMENTO DE IDENTIF.</td><td>2003034078318</td><td>SERIE</td><td>CB</td></tr><tr><td>CN</td><td>019.829.993-98</td><td>DATA EMISSÃO</td><td>30/10/1987</td></tr><tr><td colspan="4">NOME ANTONIO FORTUNATO SILVA FRANCINIDE ALVES DA SILVA</td></tr><tr><td>PERÍODO</td><td>APC</td><td colspan="2">CARNE</td></tr><tr><td>PERÍODO</td><td>08478362659</td><td>VALIDADE</td><td>19/11/2013</td></tr><tr><td>PERÍODO</td><td>26/09/2008</td><td>PERÍODO</td><td></td></tr></table>			DOCUMENTO DE IDENTIF.	2003034078318	SERIE	CB	CN	019.829.993-98	DATA EMISSÃO	30/10/1987	NOME ANTONIO FORTUNATO SILVA FRANCINIDE ALVES DA SILVA				PERÍODO	APC	CARNE		PERÍODO	08478362659	VALIDADE	19/11/2013	PERÍODO	26/09/2008	PERÍODO	
DOCUMENTO DE IDENTIF.	2003034078318	SERIE	CB																							
CN	019.829.993-98	DATA EMISSÃO	30/10/1987																							
NOME ANTONIO FORTUNATO SILVA FRANCINIDE ALVES DA SILVA																										
PERÍODO	APC	CARNE																								
PERÍODO	08478362659	VALIDADE	19/11/2013																							
PERÍODO	26/09/2008	PERÍODO																								
VALIDA EM TERRITÓRIO NACIONAL 951278140																										
SEM OBSERVAÇÃO:																										
<i>estava sobre da cida</i>																										
LOCAL: JUAZERIO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 26/11/2013 <i>1-14-24</i> 01187780776 ADM. ESTADUAL DO CEARÁ CB144773520 PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZERIO DO NORTE																										
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".

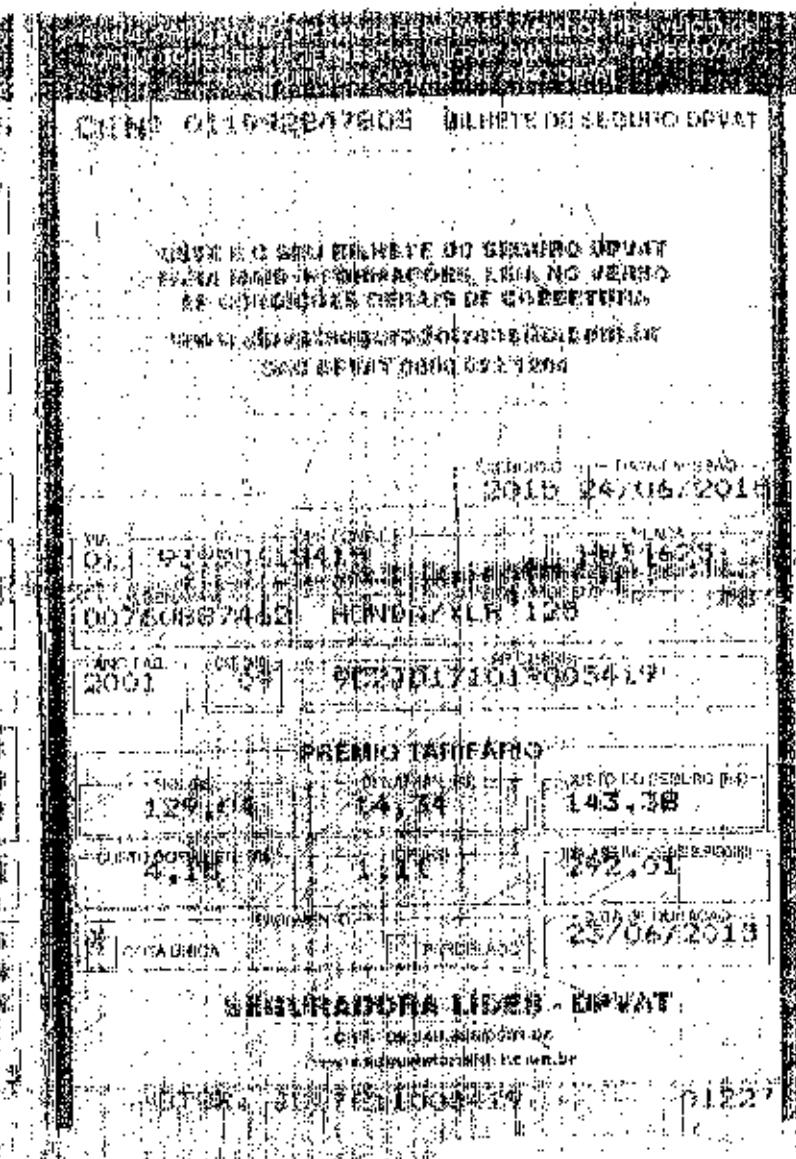
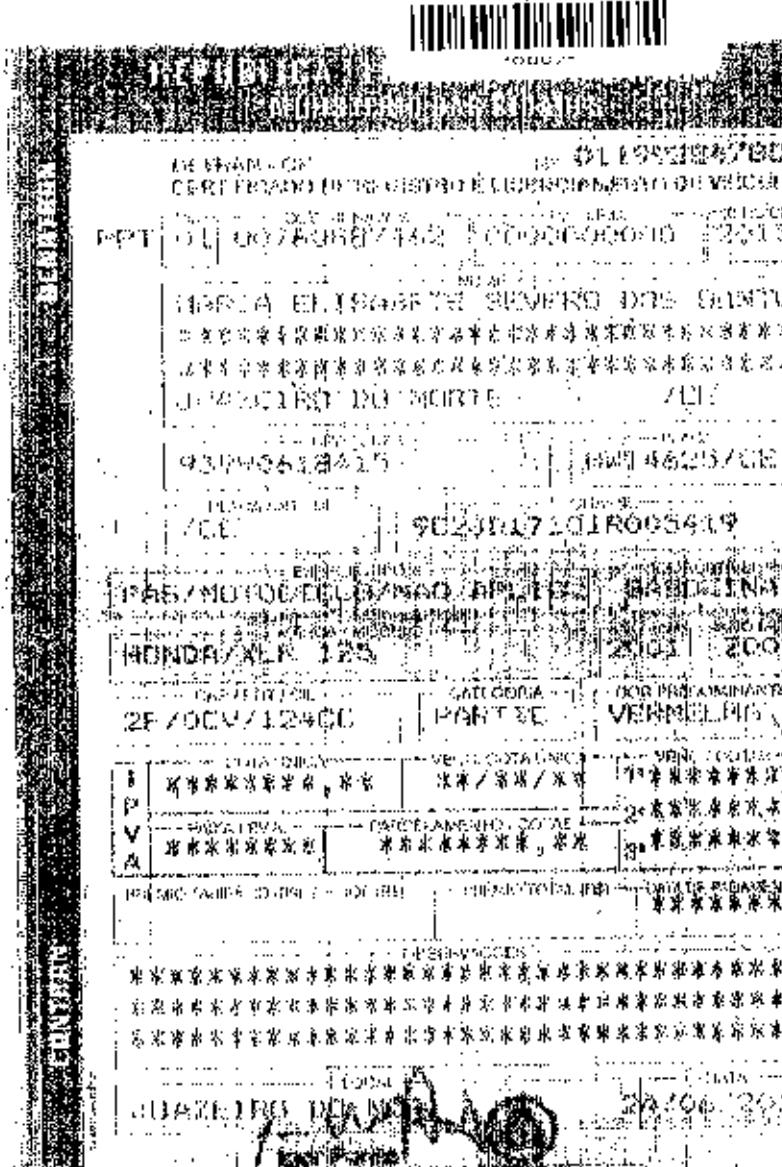
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



AVANTAGE
SEGURADORA

Av. Paulista, 3000

DPVAT



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

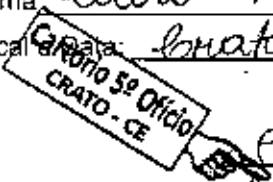
Nome: Cícero Nonato Vieira, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG Z007 787-2465, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 519.635.903-68, residente no(a) VL. Cha
nº 401, bairro: sítio Leite, município: Juanzinho do Norte CE.

OUTORGADO:

Nome: Edimilson Alves da Silva, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Recurso, portador(a) do RG QH 04478362669, órgão expedidor Detran
e do CPF: 018.829.943-98, residente no(a) Vila Padre Cícero
nº 473, bairro: DT. 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 Cícero Nonato Vieira.

Local: Crato - CE - 15/07/16



Cícero Nonato Vieira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

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

CÍCERO NONATO VIEIRA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TEÓFILO ANTÔNIO GOBLIN ROBERTO - Testemunha
MARCELINO FARIAS DE LAVOR - Escrivânea
EUCLIDES BORGES DE OLIVEIRA - Escrivânea
MARIA LUCIVALDO DE LIMA - Escrivânea
MINORI ISAKARA FERREIRA DE OLIVEIRA - Escrivânea
Rua Triângulo Gonçalves, 290, Centro, Crato/CE - CEP: 63.100-100, Fone: 3521-6190

