



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

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

Dados Básicos

Foro: Guaraciaba do Norte
Processo: 00514045820218060084
Classe do Processo: Petições Intermediárias
Diversas
Data/Hora: 27/10/2023 14:25:13

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2836404_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-
3.pdf
Documentação: 2836404_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 1-22.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE GUARACIABA DO NORTE/CE

Processo: 00514045820218060084

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLITO FERREIRA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARACIABA DO NORTE, 27 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200105534

Vítima: CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200105534

Vítima: CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200105534

Cidade: Guaraciaba do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 70°, presença de derrames articulares, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da diáfise da tíbia esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 09/11/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura da diáfise da tíbia esquerda. Após a realização das medidas terapêuticas, foi identificado o quadro pós-traumático de alteração dos mecanismos patelofemoral e tibiotalar à esquerda associado a prejuízo da mobilidade. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo, em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Periciado evoluiu com quadro de perda importante de movimentos e força do membro inferior esquerdo associado a encurtamento de 3,5 cm do mesmo. Faz uso de apoio para locomoção

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **984.837.303-91** 4 - Nome completo da vítima: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA** 6 - CPF: **984.837.303-91**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **ST ESTIVA** 9 - Município: **SIN** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **GUARACIABA DO NORTE** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **60.380-000**
15 - E-mail: **KELLYANE.PMA@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99634-7283**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ATIVA DE R\$1.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Caixa do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **677 7** CONTA: **38861 3**
(informar o dígito se existir) (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/prestabilização do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e concordando, desde já e somente após a efetivação do crédito, com a cobrança total do valor devido.

22 - 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 (assinale 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, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia prévia ou futura à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima de seu próprio estofar: Sim Não 27 - Se a vítima deixou com herdeiros, informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascidos/herdeiros? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/viúvo(s)? Sim Não

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

34 - Despesas óbitos (se aplicável) _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
38 - IE | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **GUARACIABA DO NORTE/CE, 10/08/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Carlito Ferreira de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **Antônio Francisco Gonçalves Rodrigues**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
 Impresso nº 202093825



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 132 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **31/01/2020 15:32:35**
 Data / Hora da Ocorrência: **09/11/2019 12:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **SIT ESTIVAS, ZONA RURAL - GUARACIABA DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **PRÓXIMO A BAR DO PIXOTE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA**
 Nascimento: **15/08/1965** CPF: **984.837.303-91**
 RG: **20192346304** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **OLINDA FERREIRA DE SOUZA**
MARTILIANO FERREIRA DE SOUZA
 Endereço: **SITIO ESTIVAS**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **GUARACIABA DO NORTE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSO3947** Uf: **CE** Município: **GUARACIABA DO NORTE** Chassi: **9C2KC1680ER475322** Renavam: **601889959** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIA LEILIANE GONCALVES RODRIGUES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO EM DADO MOMENTO EM UMA ESTRADA COBERTA DE AREIA, A MOTOCICLETA DESLIZOU, OCASIÃO EM QUE O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE E CAIU AO SOLO, VINDO A UMA CAIXA DE PIMENTAS QUE O DECLARANTE ESTAVA LEVANDO, CAIU SOBRE A PERNA DO MESMO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE GUARACIABA DO NORTE; QUE A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO DE TIANGUÁ; QUE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA; QUE A VÍTIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Aderson de Oliveira Alves
 Aderson de Oliveira Alves - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carlito Ferreira de Souza



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 202093825



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 132 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

Carlito Ferreira de Sousa

Manuel Rubani Pontes Silva Filho
Atestado de Oliberação
Escritório de Polícia Civil
Matrícula: 133846-1-4

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200105534

Nome do(a) Examinado(a): CARLITO FERREIRA DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): ST ESTIVAS, 0, , 62.680-000, ZONA RURAL, Paracuru/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20192346304

Data e local do acidente: 09/11/2019 - Guaraciaba do Norte/CE

Data e local do exame: 12/03/2020 - São Benedito/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -4.03223 , longitude: -40.93849

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise da tíbia esquerda.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura da diáfise da tíbia esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do pericárdio.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 70°, presença de derrames articulares, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo, em grau leve.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Inferior Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciado evoluiu com quadro de perda importante de movimentos e força do membro inferior esquerdo associado a encurtamento de 3,5 cm do mesmo. Faz uso de apoio para locomoção.



Dr. Lucidio Fco. Xavier
Médico
CRM. 6831



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **984.837.303-91** 4 - Nome completo da vítima: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA** 6 - CPF: **984.837.303-91**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **ST ESTIVA** 9 - Município: **SIN** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **GUARACIABA DO NORTE** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **60.380-000**
15 - E-mail: **KELLYANE.PMA@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99634-7283**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ATIVA DE R\$1.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Caixa do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **677** **7** CONTA: **38861** **3**
(Informar o dígito se existir) (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 referente ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e concordando, desde a assinatura desta declaração, com a cobrança total do valor devido.

22 - 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 **(assinale 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, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia prévia ou futura à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima de seu próprio estofar: Sim Não 27 - Se a vítima deixou com herdeiros, informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascidos/nasceres? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/viúvo(s)? Sim Não

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

34 - Despesas óbitos (se aplicável) _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **GUARACIABA DO NORTE/CE, 10/08/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Carlito Ferreira de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **Antônio Francisco Gonçalves Rodrigues**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Para pagar seu atendimento, utilize o nº 0800-110-1100 sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Velho, 100
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ: 0704725/0001-70 | CGF 00.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 030952148

Rota GN523R01 - 26700 Referência 11/2019
 Nome CARLITO FERREIRA DE SOUSA
 Endereço ST ESTIVAS, 00000 - 00000, NORTE, 62380-000, GUARACIABA DO NORTE
 Classificação Rural Residencial Rural
 Modalidade Tarifária B2 RURAL Emissão 06/11/2019
 Ligação Monofásico Medidor 4769872-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO 8281456455677760310124059108938

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 7,3 : 33 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
04/10/2019	05/11/2019	05/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fac. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	4,551	4,438	1,00	112	68	118	0,40301	47,53

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATÓRIOS	-	0,08
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01220	1,44
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00746	0,88
CONSUMO	0,40331	47,59
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	22,85
COB CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916	-	21,90

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PTF	49,91	0,04	0,00
COFINS	49,91	0,30	0,13

16/12/2019 94,74

CONSUMO CONSCIENTE CPIC/CNPJ 984.837.303-91

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Comparado suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) Comparado kg (CO₂) Contribuição Equilíbrio (NCO₂)

46,06 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 05/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 06/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

2584966

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



Companhia Energética de Guanabara
Rua Pedro Álvares Cabral, 150
COPACABANA, Rio de Janeiro - RJ
CNPJ 07.047.201/0001-90 | CEP 22.255-900

Para saber mais sobre direitos, tarifas e serviços
entre em contato com o atendimento ao cliente

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE ÚNICA) Nº 009705378

Rota: 06523R04 - 26700 Referência: 09/2019
Nome: ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES
Endereço: ST. STO. ANTONIO DOS CAMELOS, 00000, OESTE,
62388-000, GUARACIABA DO NORTE
Classificação: Rural, Agricultura / Irrigação Emissão: 04/09/2019
Modalidade Tarifária: B2 RURAL Medidor: 6149754-11E-044
Ligação: Trifásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO
052.142.362.463.002.788.777.333

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

Anterior: 30/08/2019 Próxima prevista: 30/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Fase	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh) Tar. Social	Consumo (kWh) Tar. Normal	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
ST	1.25	0.00	1.25	0.00	1.25	0,42134	0,53
TR	16,70	15,40	1,30	0,00	1,30	0,15374	0,20

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
PAGAMENTO DE PLURICIDADE/NÃO LOC		-14,36
CONSUMO	0,42134	232,58
CONSUMO RESERVADO	0,15374	72,34
ADICIONAL BOND. VERMELHA		49,76
OMC		-0,97

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	354,89	0,81	2,86
COFINS	354,89	3,61	13,00

17/12/2019

339,35

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ: 0/0, 700.843-04

EMISSIONES DE CO₂ (kg/MWh) - Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão (kg CO₂) | Compensação (kg CO₂) | Carbono (kg CO₂)

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/04 Valor R\$241,82). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao Lucas, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 00002584966.
Períodos: Bond. Tarif.: Vermelha.: 08/08 - 04/09



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221026 ou 0800 022206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

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

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

Peço exposto, eu ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 674.700.843 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLITO FERREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.837.303 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura SMUALIDEEZ da Vítima CARLITO FERREIRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.837.303 / 91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Dedaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 209 do Código Penal.

Endereço <u>ST. STO ANTONIO DOS CAMELOS.</u>		Número <u>51N</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>GUARACIABA DO NORTE</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>62.380-000</u>
E-mail	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	

GUARACIABA DO NORTE, 10 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Antonio Francisco Goncalves Rodrigues
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARACIABA DO NORTE
Secretaria de Saúde
AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: Cassio Luciano DE Sousa Idade: 54 ANOS
 DN: 15108165 Sexo: M () F () CNS: 702.009398896616
 Município: () Guaraciaba do Norte () Outro município: _____ Raça/Cor: _____
 Endereço: Alto Pôrto
 Data do Atendimento: 03/11/19 Hora: 13:22 Tel: () _____
 Recepção: _____

SINAIS VITAIS: TÊC ENFERMEIAGEM

Peso: _____ g - Temperatura: _____ °C - Pressão arterial: 160 x 100 mmHg
 FR: _____ bpm - FC: _____ bpm - DX: _____ mg/dL
 Classificação da dor: () Sem dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO: ENFERMEIRO (A)

Necessidade de atendimento ambulatorial: () Sim () Não

Queixa principal: _____

Medicações e tempo de uso: _____ Há quanto tempo: _____

Anamnese inicial: _____

Classificação de risco inicial:

() Emergência () Urgência () Não urgente

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura do profissional: _____

Reclassificação de risco:

() Emergência () Urgência () Não urgente

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura do profissional: _____

Obs: _____

Avaliação Clínica e Diagnóstica: Médico

Paciente com dor proprio-ostea em
acidente musculoclastico e veu
com sinais de fratura em perna esquerda

Hipótese (s) Diagnóstica (s):

(fratura em perna E)

Procedimento e Condutas:

- 1- 1) Ceto prof. feito o exame
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____

Implementação:

(Horário e Assinatura)

- 1- 13:32
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____

Assinatura do Profissional: _____

Haroldo H. F. Coelho
 Criciúba - SC
 CRM: 5189

Data: 03/11/19 Hora: 13:30

Obs: _____

Destino após atendimento inicial:

() Ao Pronto Atendimento () Observação por: _____ h () Internamento () Transferência
 () Ao ESF () Ao Especialista () Outros: _____

Assinatura do usuário ou responsável: _____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



Resumo/Sumário de alta

Paciente		Prontuário	
CARLITO FERREIRA DE SOUSA		222300	
Data de Nascimento	Nome da Mãe		
15/09/1965	OLINDA FERREIRA DE SOUSA		
Idade	Convênio	Data da Internação	
54 Ano(s)	SUS	25/11/2019	
Sector	Aposento	Leito	
POSTO CLINICA CIRURGICA	ENFERMARIA	109 - 0001	
Profissional Responsável		CRM	
DANILLO CONSERVA ARRUDA		16409	
Diagnóstico Principal		Diagnóstico Secundário	
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia		S82.2 Fratura da diáfise da tíbia	
Data de Alta	Hora de Alta		
26/11/2019	09:44		

Motivo da Internação:

fx ossos da perna

Conduta / Tratamento Realizado:

osteossíntese

Exames Realizados:

Plano Pós-Alta:

curativo diário

carga zero

retorno quinta feira, 7h

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM-CE 16409

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRUZEIRO 19/05

+ ISRAEL milo de souza
Assinatura Paciente/Responsável

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) CARLITO FERREIRA DE SOUSA necessita afastar-se de suas atividades de 09/11/2019 (sábado) até 09/03/2020 (segunda-feira), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Carlito Ferreira de Sousa

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

TIANGUA - CE, 05 de dezembro de 2019 - 11:31

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
TIANGUA - CE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM 16409



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **984.837.303-91**

Nome: **CARLITO FERREIRA DE SOUZA**

Data de Nascimento: **15/08/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/05/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:26:28** do dia **10/02/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AFE3.6861.3D4E.E08E**



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

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E CARTÓRIO
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E CARTÓRIO



SOBR: CARLITO FERREIRA DE SOUZA
FILHO: MARTELIANO FERREIRA DE SOUZA
OLINDA FERREIRA DE SOUZA

DATA NASCIMENTO: 15/08/1965
NASCIMENTO: GUARACIABA DO NORTE - CE
OBSERVAÇÃO: TITULAR III
RESPOSTA: XXX
DESCRIÇÃO: XXXXXXXXXXXXXXX

Carlito Ferreira de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFF: 984.837.303-81
RECORRIDO: 2019234630-4
REGISTRO CIVIL
CERT. CASAMENTO
LIVRO: B00002 GUARACIABA DO NORTE - CE

DATA: 28/12/2019
LOCAL: GUARACIABA DO NORTE
P.: 203
VIA: 770088-84

COPIA SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXXXX

TITULO: 031214170744
MULTIPLAS: XXXXXXXXXXXXXXX
CER: 031214170744
CER: 031214170744
CER: 031214170744

CPF: XXXXXXXXXXXXXXX
SERIE: XXXX
OF: XX

IDENTIFIC. PROFISSIONAL: XXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF: XXXXXXXXXXXXXXX
SERIE: XXXXXXXXXXXXXXX

Quelton Manoel Fagundes de Souza
ASSINATURA DO DIRETOR

PD. LEGAR DIRETO

ADULTERIO DO TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES ADMINISTRAÇÃO AUTÔNOMA DE CEARÁ	
NOME ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF 20170197160 SSP CE
	DT. - DATA DO NASCIMENTO 574.700.843-04 28/11/1974
FUNÇÃO GENALO GONCALVES RODRIGUES TEREZINHA RODRIGUES DA SILVA	
FÉRMENSO <input checked="" type="checkbox"/>	ACC <input checked="" type="checkbox"/>
CAENB <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº TESTADO 03190204932	VALIDADE 18/03/2022
1ª EMISSÃO 08/01/1994	
DESIGNAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO	
<i>Antonio Francisco Goncalves Rodrigues</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL TIANGUA, CE	DATA EMISSÃO 27/03/2017
10767141805 02158580877	
ASSINATURA DO EMISSOR 	
CEARÁ	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1471518694

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471518694

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

DIG 1: 601889359 RUA/RG: 0000000000 PERICIA: 2019

ANTONIA LELLIANE GONCALVES RODRIGUES
 GUARACIARA DO NORTE - CE

85326860368 PLACA: OS03947/CE

9C2KC1680ER475322

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014

2P/OCV/149CC CATEGORIA: PARTIC

VENC. COTA UNICA: 1* +++++
 PARCELAMENTO/ COTAS: 2* +++++
 3* +++++

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 12/08/2019

GUARACIARA DO NORTE - CE LOCAL: 26/08/2019

Igor Pontes Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA(S) OU MAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015383578912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

85326860368 OS03947 / CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAO DPVAT 0200 DTE 3204 3004667680

VIA 1 DPV / CNIP / 85326860368 PLACA OS03947

RENAVAM: 601889359 MARCA / MODELO: HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB: 2013 COT. UNIC: 09 N. CHASSI: 9C2KC1680ER475322

PREMIO TARIFARIO: 36.05 DESVIA (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.32 TOTAL PAGO (R\$) 84.58

COTA UNICA PARCELADO DATA DE OUTRAGO: 12/08/2019

SEURADORA LIDER - DPVAT

SAO PAULO - SP

OTOR: KCI6E8E475322



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: CARLITO FERREIRA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 2019234630-4 CPF: 984.887.303-91
Endereço: ST ESTIVAS, N/5 Bairro: ZONA RURAL
Cidade: GUARACIABA DO NORTE CEP: 62.380-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: ANTÔNIO FRANCISCO GONÇALVES RODRIGUES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 20170387144 CPF: 674.700.843-04
Endereço: ST STO ANTONIO DOS CAMELOS Bairro: ZONA RURAL
Cidade: GUARACIABA DO NORTE CEP: 62.380-000

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 e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, CARLITO FERREIRA DE SOUZA
Data do Acidente 09/11/2019 Cobertura ANUALIDADE

Local Guaraciaba do Norte UF: CE Data: 03 de 02 de 2019/20

Carlito Ferreira de Souza
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconheço a firma de Carlito Ferreira de Souza
 Por autenticidade
 Por semelhança
Em 03.FEV.2020
Jose Augusto Fernandes Filho
JANUÁRIA MARIA OLIVEIRA FERNANDES - Tabelã
MILLUZ NAZARENO DE OLIVEIRA FERNANDES - Substitua
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO FERNANDES
1º OFÍCIO

José Augusto Fernandes Filho
Escrivente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083854/20

Vítima: CARLITO FERREIRA DE SOUZA

CPF: 984.837.303-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: CARLITO FERREIRA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES : 674.700.843-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLITO FERREIRA DE SOUZA : 984.837.303-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/03/2020
Nome: ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES
CPF: 674.700.843-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/03/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ANTONIO FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES

Antonia Daniella Ferreira da Silva