
Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Nº Sinistro: **3170643992**

Vitima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170643992**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Nº Sinistro: **3170643992**

Vitima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170643992**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LOPES MOTA

Nº Sinistro: 3180066886

Vitima: MARIA LOPES MOTA

Data do Acidente: 27/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180066886.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPEZ MOTA**

Nº Sinistro: **3180066886**

Vitima: **MARIA LOPEZ MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180066886**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPEZ MOTA**

Nº Sinistro: **3180066886**

Vitima: **MARIA LOPEZ MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180066886**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Sinistro: **3180066886**

Vítima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

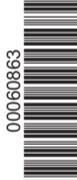
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066886** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LOPES MOTA**

Sinistro: **3180066886**

Vítima: **MARIA LOPES MOTA**

Data do Acidente: **27/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066886** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta n°: 12793879

A/C: MARIA LOPES MOTA

Nº Sinistro: 3180066886
Vitima: MARIA LOPES MOTA
Data do Acidente: 27/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE 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: MARIA LOPES MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005441-0

Conta: 00000679514-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSeF



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	911994253-20	Maria Lopes Mota

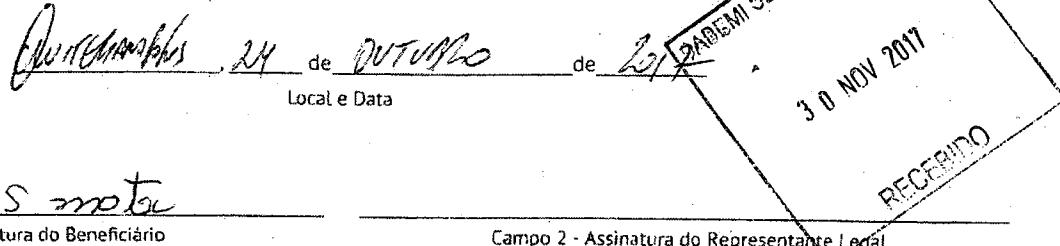
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Maria Lopes Mota	911994253-20	ADMIRAL POLIA	
Endereço	Número	Complemento	
ST. SOS MISSIONS			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA Leste	São Paulo	SP	05300000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> BECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NRD _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 5441	D/V _____	AGÊNCIA NRO. _____	CONTABR NRO. _____
CONTA NRO. 067-9514	D/V 5	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maria Lopes Mota
Local e Data



Maria Lopes Mota
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL : CPF da Vítima : Nome completo da vítima
911994253-20 MARIA LOPES MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARIA LOPES MOTA	CPF titular da conta	911994253-20	Profissão	ADM DE BANCOS
Endereço	ST. 305 MANSOS	Número		Complemento	
Bairro	ZONA Leste	Cidade	GOIAS	Estado	62500-000
Email				CEP	
				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

A RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1891 L/V (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 0679514 D/V (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO. _____

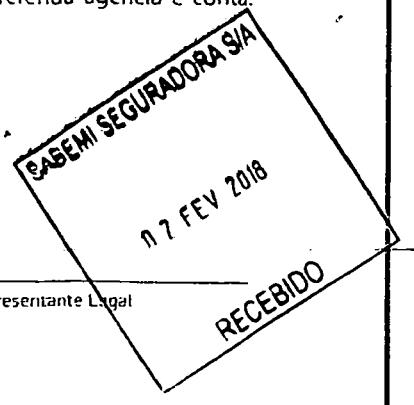
AGÊNCIA NRO. _____ L/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Marília Lopes Mota, 24 de JUNHO de 2017
Local e Data

Marília Lopes Mota
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBIDO

07 FEVEREIRO DE 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

VIA FAX 011 3000-0000
0990 727 9533
DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS
FILE COM O ATENDIMENTO E CONTRATE AGORAI
VALOR MAXIMO PARCELAS: R\$ 262,36
PROPOSITO DE CREDITO CONSOLIDADO:
PREFACIO CLIENTE VOU FAZ UMA
MULTIFUNCAO
COMPROVACAO DE VIDA VINCULADA EM
CONSERVAÇÃO ESTI RELATIVO
NSU: 0283211039 AUTENTICAÇÃO: 84938
PACB : 865 - MERCERIA COMERCIO
AG_BRADESCO : 5941 - NUVO ORLINDA
VANIR : 003-00
TIPO CARTAO: 2 - VIA CARTAO: 03
CNPJ : 00.12345678-00
ENDERECO: 5941 - NUVO ORLINDA
DATA: 13-09-2017 HORA DE REGISTRAÇÃO: 09:51
CORRIDA MATERIAIS
DODIPROVAVEL DE SAQUE DE
NUVE INCGS

**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: 3180066886

Nome do(a) Examinado(a): Maria Lopes Mota

Endereço do(a) Examinado(a): Sr dos Miltons, S/N (88)9912-6397

Zona Rural Quiterianópolis CE CEP: 63650-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20172507299

Data local do acidente: [27/06/2017]

Data local do exame: [08/05/2018] Crateús [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE QUITERIANÓPOLIS, ONDE FOI IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE FEZ 03 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta:

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

AUMENTO DE VOLUME DO PUNHO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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

(X) Sim **() Não**

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

(X) Sim **() Não**

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

DEBILIDADE MODERADA DO PUNHO ESQUERDO, PELO AUMENTO DE VOLUME, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAÚA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2582 / 2017

Dados da Ocorrência

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA LOPES MOTA
Nascimento: 02/11/1956 CPF:
RG: 343088199 Orgão Emissor: SSP **UF: CE**
Filiação: MARIA IZABEL MOTA
JOÃO LOPES MOTA
Endereço: SITIO MILTON / ANGICAL
Bairro: ZONA RURAL
Município: QUITERIANOPOLIS/CE **CEP:**
País: BRASIL **Telefone:**

Noticiante(s)

Nome: EDITE LOPES DE MACEDO
Nascimento: 29/09/1994 CPF: 064.524.833-90
RG: 2007721886-2 Orgão Emissor: SSP
Filiação: MARIA LOPES MOTA
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
Endereço: SITIO DOS MILTONS
Bairro: ZONA RURAL
Município: QUITERIANOPOLIS/CE
País: BRASIL

INPE
SABEM/SL/CE
UF: CE

01 NOV 2017

CEP: 63.650-000

fone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: ORS8230 Uf: CE Município: QUITERIANOPOLIS Chassi:
9C2KD0550ER113681 Renavam: 1014826788 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: BRANCA Proprietário: IVAN LOPES DE MACEDO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, tendo como garupeira sua mãe MARIA LOPES MOTA, o pneu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o controle da motocicleta, no que sua mãe caiu da garupa e sofreu fratura no punho esquerdo. Acrescenta que a socorreu para o Hospital de Quiterianópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros. SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de IRAN LOPES DE MACEDO e IVAN LOPES DE MACEDO. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
**SEGRETERIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO
POLÍCIA CIVIL**

BOLÉTIMO DE OCORRÊNCIA N.º 228 - 2015

ଶ୍ରୀମତୀ ପାତ୍ନୀ ଏବଂ କାନ୍ଦିଲା

Nome do Recalhado: SITIO DOU MILTON
Município: OUTERIANOPOLIS/CI
Comunicação: ZONA RURAL
Minas Gerais: SITIO DOU MILTON

三

Издательство: МАРИАЛОФЕСМОДА

RG: 34308813a Oldo Elliot 222

MARIA ISABEL MAM
ATOM 1983 LOAÍ

Endereço: SÍTIO MILTON VARGAS

ІАНУЯ А.

二〇〇

WINTERMAGNETIC

Landolt-Bornstein

(2) *etnsizeW*

三

EDUARDO GILSON DOS MELHORES
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
MARIA LOPEZ MOTTA
JOSÉ GOMES
RG: 3002550788-5 Oldo Emissor 228
Nascimento: 31/03/1934 CRL: 064.254.833-30
Nome: EDUARDO GILSON DOS MELHORES DE MACEDO

000-022.22:330

מִלְבָד עַל-כֵּן מִזְמֹרֶת נְאָרֶת

Digitized by srujanika@gmail.com

janet@sfu.ca

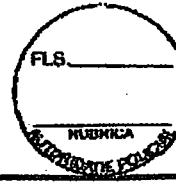
ເຈົ້ານັກວຽກ (ຕົກລະອາບີ)

INFORWABO Entrega Automática; **ENALMDO** Col. BRANCA Prohibición; **LAVAN** LOPES DE MACEDO S/núm/cgo: NAO
Familiarizada; **SOTF** Año Model: 2014 Cumplimiento; **GASOLINA**\ALCOOL
MOTOCICLETA Model: HONDA NXR125 RROS E2 Año
ECSKFDG220ER113881) Reserva: 101-483888 Típo de Vehículo:
I)PIcc: OR828330 UF CE Município: DUNHEIRANOPOLOTS Chassi:

Misfogeo
juntou-se a amigos das noites, noite e local scims cidades. durando bilhetes a
motoqueiros scime características, ferroviaria com desrupção sua vez MARIA
LOPES MOTA, o bussa dinâmico deputado da lei das estradas, berdeando o
controle das motociclistas, no direcção da estrada das estradas e zonas férreas do
bunho badeirado. Arrependeu-se a secundaria bairra o Hosptial de
Outelheira e não feve judeu da Cidade de Bompartos. SAMU ou
Australis Minicípio de Tijuca é das favelas complexos que acidentes
as bases da IRAN LOPES DE MACEDO e LAVAN LOPES DE MACEDO. E nhas
mias qdias. A Vida's mundo clauso Júlio César das as ilustres espousabilidades e
do desespero Ribeiro de Oliveira sedé de sua luta respostas



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÍ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2582 / 2017

também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÍ Marcos Estevão Patrício Oliveira

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Escrivão de Polícia Civil

Matrícula 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDITE ZOPES DEMACEON

VISTO DO DELEGADO(A): ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2582 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 23/08/2017 08:59:03
Data / Hora da Ocorrência: 27/06/2017 11:30:00
Endereço da Ocorrência: ESTRADA DE TERRA
Complemento: SITIO DOS MILTON
Bairro: ZONA RURAL Município: QUITERIANOPOLIS/CE
Ponto de Referência: SITIO DOS MILTON

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA LOPES MOTA
Nascimento: 02/11/1956 CPF:
RG: 343088199 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA IZABEL MOTA
JOÃO LOPES MOTA
Endereço: SITIO MILTON / ANGICAL
Bairro: ZONA RURAL
Município: QUITERIANOPOLIS/CE
País: BRASIL Telefone: CEP:

Noticiante(s)

Nome: EDITE LOPES DE MACEDO
Nascimento: 29/09/1994 CPF: 064.524.833-90
RG: 2007721886-2 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA LOPES MOTA
JOAQUIM SOARES DE MACEDO
Endereço: SITIO DOS MILTONS
Bairro: ZONA RURAL CEP: 63.650-000
Município: QUITERIANOPOLIS/CE
País: BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: ORS8230 Uf: CE Município: QUITERIANOPOLIS Chassi:
9C2KD0550ER113681 Renavam: 1014826788 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: BRANCA Proprietário: IVAN LOPES DE MACEDO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa à vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, tendo como garupa sua mãe MARIA LOPES MOTA, o pneu dianteiro derrapou na areia da estrada, perdendo o controle da motocicleta, no que sua mãe caiu da garupa e sofreu fratura no punho esquerdo. Acrescenta que a socorreu para o Hospital de Quiterianópolis e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de IRAN LOPES DE MACEDO e IVAN LOPES DE MACEDO. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

EDITE LOPES DE MACEDO

0001-
FLS
HORÍZONTE
23/08/2017 08:59:03
SISTEMA DE SEGUROBRAZIA
02 FEV 2018
RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2582 / 2017

também das sanções previstas no Artigo 299 da CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EDITE ZOPES DEMIN (EVZ)

VISTO DO DELEGADO(A):

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Lopes Mota, portador da carteira de identidade nº 3430881 99 e inscrito no CPF/MF sob o nº 911994853 22, residente e domiciliado na ST. MROS MILTONS - ZONA RURAL, Cidade Ourinhos SP, Estado SP, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concedendo 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.

*marialopes mota

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria Lopes Mota

CPF da Vítima

91199425320

Data do Acidente

27/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

24 de Janeiro de 2018
Local e Data

SEGURO LÍDER

a 7 FEV 2018

Maria Lopes Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



Ato Declaratório

13:24

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 27/06/17

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maria Hooper Mota

Pai: _____

Mãe: _____

CNS: 898 0032 8907 0346

Est. Civil: _____ Sexo: F Data do Nasc: 02/11/56 Idade: 60

Profissão: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: Sítio das Milhoes Cidade: _____

2. Sinais e Sintomas: Dolor no abdômen e dor nas costas. Dor muscular

3. Diagnóstico: Gastroenterite

4. Conduta: Consultar médico. Exames: Dr. J. M. P. Lima

Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

*Dr. J. M. P. Lima
Assinatura*





Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 2018 / 01 / 01

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: *Antônio José da Silva*

Pai: *Antônio José da Silva*

Mãe: *Adriana da Silva*

CNS: *211 123 4567*

Est. Civil: *E* Sexo: *F* Data do Nasc.: *19/11/1975* Idade: *42*

Profissão: *Desempregado* RG: *32123456789* CPF: *123.456.789-00*

Endereço: *Rua das Flores, 123 - Centro - Quiterianópolis - PR* Cidade: *Quiterianópolis*

2. Sinais e Sintomas: *Doença de difícil diagnóstico. Diarreia diária há 1 mês. Dor abdominal constante.*

3. Diagnóstico: *Diagnóstico suspeito de Enterite aguda. Diarreia persistente.*

4. Conduta: *Consultar Gastroenterologista. Exames de laboratório para confirmação do diagnóstico.*

Ass. do Paciente Responsável

Assinatura do Médico

SÁUDEMI SEGURADORA S/A
02 FEV 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu,

Maria Lopes Mota

RG nº 343288199, data de expedição 20/12/99, Órgão SSP/CE

CPF nº 933.994.753-10, 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)	<i>ST. DOS MILAGRES</i>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<i>ZONA RURAL</i>
Cidade	<i>ANTESERRAOPÓIS</i>
Estado	<i>CEARÁ</i>
CEP	<u>6365000</u>
Telefone de Contato	<u>88. 99650 6121-88. 999624014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Av. Tomazinho 25/09/2014

Assinatura do Declarante: *Maria Lopes Mota*





002022

Nº de Inscrição:

87771055

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Sistema de Cadastros

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO R C DA SILVA
 End. Leitura: AV TAMAR MOURA CORDEIRO, 131, CENTRO
 Cidade: QUITERIANOPOLIS
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 588 Setor: 002 Quadra: 157 Lote: 0158 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:
 CEP: 63.650-000 CEP: 60.000-000

UN-BPA - QUITERIANOPOLIS

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F251020	302	308	6	5

DATAS

Leitura Atual: 07/08/2017 Emissão: 17/08/2017 | Lacre Água: A13F251020
 Leitura Anterior: 07/07/2017 Próxima Leitura: 6/9/2017 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes	Total	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10	10
Analysadas	10	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	9	8	9	9	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECemos SUA POSSUÍDORIA. ÁGUA TRATADA E SAÚDE.
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE.

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS¹

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
08/2016	5	0
09/2016	6	0
10/2016	6	0
11/2016	7	0
12/2016	17	0
01/2017	7	0
02/2017	5	0
03/2017	6	0
04/2017	7	0
05/2017	6	0
06/2017	7	0
07/2017	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31
COFINS	1,56

SUBSÍDIO

Descrição	Valor do Serviço	Valor (R\$)
Subsídio(-)	39,73	39,73
Total de Serviço	7,10	7,10

TOTAL A PAGAR (R\$)
 32,63

MÊS/ANO
 08/2017

VENCIMENTO
 06/09/2017

VALOR PAGO SUA FATURA:

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outras: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta do seu futuro. Alive já este serviço! Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado na Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.



OUVIDORIA DO ESTADO
CENTRAL DE ATENDIMENTO
155

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195. Endereço: Rodovia das Bandeiras Fortaleza; ACFOR - Autarquia de www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: de Segurança Ambiental: 0800 285 1919 - Demais 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: Localizada no ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Distribuídos no Estado do Ceará: 0800 275 3838.

SABEN/SEGURADORA S/A
 30 NOV 2017

RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Lopes Mota

RG nº 343.088199, data de expedição 22/12/99, Órgão SSP/CE

CPF nº 911.994.253-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

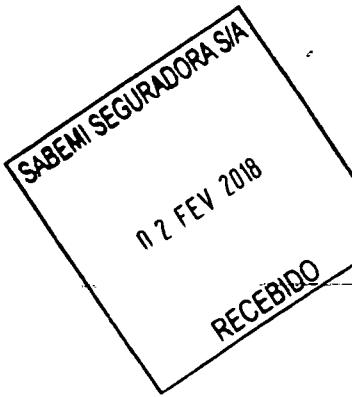
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. DDS Miltons</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA NORTE</u>
Cidade	<u>Guarapari - ES</u>
Estado	<u>ES</u>
CEP	<u>63650-000</u>
Telefone de Contato	<u>(28) 99650 6121-88. 999624214</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Guarapari - 25/02/2018

Assinatura do Declarante: Maria L. P. S. Mota



Nº DO CLIENTE

2347325-8

Para equipes de atendimento, 24h/dia, 7 dias/semana
sempre que entrar em contato conosco

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Siqueira Campos, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.751/0001-70 | CGF 06.105.849-3

ene

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

478686720

Data de Emissão 24/05/2017

Rota 37 37042 11 032000 - 3

Nome MARIA LOPES MOTA

End. Postal ST DOS MILTONS

- QUITERIANOPOLIS - 63650000

Medidor 10335227

Classe 01 RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CRPS 911994253-20

Nome do Responsável

Posto 0000 6600

Fator de Potência

CGF

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

DATAS	Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Conjunto	Mês	PERÍODO
				PABNEU		06/05/17
						06/05/17
						06/05/17
						06/05/17

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	ISENTO	DIC	FIC	DMIC	DEV	TRIM.	ANUAL

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

SETE-EPCL, 0002, 0001, 1901, 2692, 1897, 1901
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lect. Atual Lect. Anterior Cons. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Faz. Tarifa (RS/kWh) Valor (R\$)

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00 120 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

12199 12066 1.00



001886

Nº de inscrição:

87771055



UNIPA - QUITERIANOPOLES

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO R C DA SILVA

End. Leitura: AV TAMAR MOURA CORDEIRO, 131, CENTRO

Cidade: QUITERIANOPOLES

CEP: 63.650-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 508 Setor: 002 Quadra: 157 Lote: 0158 Comp: 0000

Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semanal(m³)
AGUA	A13F251020	308	313	5	5

DATAS

Leitura Atual: 06/09/2017 | Emissão: 19/09/2017 | Lacre Água: A13F251020

Leitura Anterior: 07/08/2017 | Próxima Leitura: 6/10/2017 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	9	8	10	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECemos SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
ÁGUA		31,60	Média Ant. Água (m³)	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,24	09/2016 6	0
MULTA DE 2%		0,60	10/2016 6	0
			11/2016 7	0
			12/2016 7	0
			01/2017 7	0
			02/2017 5	0
			03/2017 6	0
			04/2017 7	0
			05/2017 6	0
			06/2017 7	0
			07/2017 5	0
			08/2017 6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,31	Valor do Serviço	39,54
COFINS	1,55	Subsídio(-)	7,10
		Total da Serviço	32,44

MÊS/ANO 09/2017	VENCIMENTO 06/10/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)
--------------------	--------------------------	---------------------

SABEM SEGURODORA SA
02 FEV 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Lopes Mota

RG nº 343.288199 data de expedição 22/12/99, Órgão S.S.C.C.

CPF nº 911.994.253-61, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

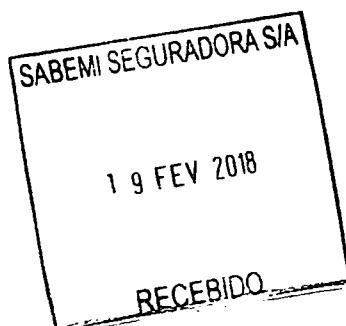
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. SOS Milton</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Sul</u>
Cidade	<u>Porto Alegre</u>
Estado	<u>RS</u>
CEP	<u>63650000</u>
Telefone de Contato	<u>52. 99650 6121-88. 999684214</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Porto Alegre - RJ

Assinatura do Declarante: Maria Lopes Mota



Nº DO CLIENTE

2347325-8

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

A Reta Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.433
do 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Volneiro, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF G6.105.8483

Comprovante de residência



0015

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 510376469

Nota 37 37042 11 032000 - 3

Data de Emissão 24/01/2018

Nome MARIA LOPES MOTA

End. Postal ST DOS MILTONS

- QUITERIANOPOLIS - 63650000

Medidor 10335227

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA de Potência

RG / CPF / CNPJ 911994253-20

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
			Veja a legenda no verso desta conta.							
			PRIMÁRIO							
			Mês	Nov/2017						
				DICR = 0,02 F					EUSD 23,19	
ICMS				Pedágio Individual						
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto		Mensal	Trim.	Anual				
103,18	27,80%	27,85		DIC	11,61	22,63	44,07	0,75	0,98	0,10
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,67	15,34	30,69	1,00	0,80	0,00	
4926,69R 4881,6440,559R 00PF 0586,00PF2			DMIC	5,98			0,80			

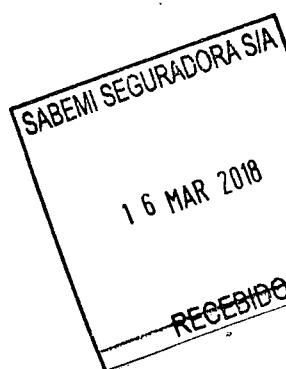
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
13482	13304	1,00*	148	0,00	36	0,21403	2,42
					70	0,41332	28,78
					43	0,42791	18,12

24/01/18 20/12/17 02 DIAS 148 66,72

DESCRICAÇÃO VALOR (R\$)

VR. CONSUMO DO IRES RESIDENCIAL NORMAL	103,18
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA	-36,46
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,84
MULTA MORATORIA REF 10/2017	2,04
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,04



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emidido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica (%CO₂)

63,97 0,00 0

151 148 201 142 127 138 162 130 145 172 160 112 157

MED Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dec

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157

160 112 157



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM CIRCULAR SUSEP 445/12

Declaração Circular SUSEP 445/12



-0030-

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO LOPES CAVALCANTE DA SILVA inscrito (a) no CPF 298079802181, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LOPEZ MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253120, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Maria Lopez Mota, inscrito (a) no CPF sob o Nº 911994253120, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
HABILITADA, ABDA

Recuso informar

Declaro 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. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>ANTONIO LOPES CAVALCANTE DA SILVA</u>		Número	131	Complemento		
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>Floripa</u>	Estado	<u>SC</u>	CEP	<u>65650000</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>99962-4214</u>	Telefone celular (DDD)	<u>88-996666181</u>	

04 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante





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 0221204 ou 0800 221206 (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 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 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 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 ANTONIO RONALDO CARVALHO DE SILVA inscrito (a) no CPF 898079802-191 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LOPEZ MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 9119942531-20 do sinistro de DPVAT cobertura Maria Lopez Mota, inscrito (a) no CPF sob o Nº 9119941531-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
NASIM TOLÓZ, ABDA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>ANTONIO RONALDO CARVALHO DE SILVA</u>	Número	<u>121</u>	Complemento			
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>Curitiba</u>	Estado	<u>PR</u>	CEP	<u>65650000-00</u>
Email				Telefone comercial (DDD)	<u>99962-4214</u>	Telefone celular (DDD)	<u>88-99653-4121</u>

01/02/2018 de OUTUBRO de 2018
 Local e Data

Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu,

JUAN LOPES MOTA

RG nº 000300501189 data de expedição 24/01/2007
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 01161172587, com
 domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SF 905 MILITAR, nº _____,

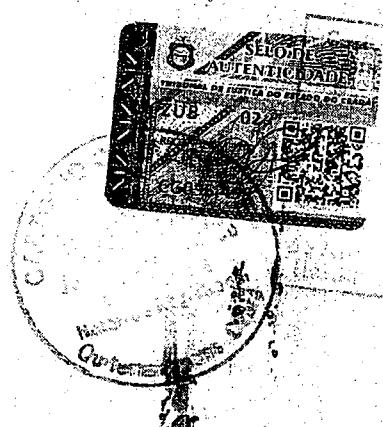
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JUAN LOPES MOTA, cujo o condutor era
COTÉ Lopes de Melo

Veículo: MOTOGILBERTSModelo: Manga 8605Ano: 2014Placa: OHS 8239Chassi: 9L2K00550CR 113681Data do Acidente: 27/06/2017Local e Data: Av. Itamarati - 09/06/2017 a 27/06/2017Gian Lopes de Macedo

Assinatura do Declarante

Eduardo Lopes de Macedo

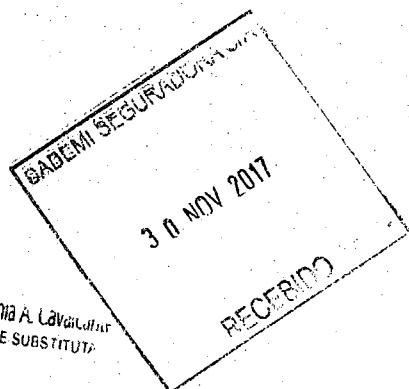
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ora ole: Juan Lopes de Macedo.
máscara.

Cláudia Lopes de Macedo
10 AGO 2017

Cláudia Virginia A. Lavalcante
ESCREVENTE SUBSTITUTA





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUAN ROPES MORTS,
RG nº 2003005011189, data de expedição 24/01/2003
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 01161122597, com
domicílio na cidade de Chapada dos Guimarães, no Estado de
MS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST. 905 MANGAIS, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARINA ROPES MORTS, cujo o condutor era
EDILTE ROPES DE MOLINA

Veículo: MOTOBICLETA
Modelo: Honda 360 S
Ano: 2014
Placa: DAS 8237
Chassi: GLCKD0550CR 1136.81
Data do Acidente: 27/06/2017
Local e Data: Av. ITAMAR PARÁ, 02/06/2017 - 27/06/2017

Sinan Lopes de Souza
Assinatura do Declarante

Edilte Ropas de Mercado

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



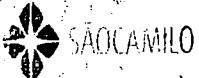
Carro de: Juan Ropas de Souza
macaco.

Claudia Z. Alarcão
01 AGO 2017

Claudia Virginia Alarcão
ESCREVENTE SEC. 1ª
SABEMI SEGURODORA SA

n 2 FEV 2018

RECEBIDO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 28/06/2017 10:21

Página



Guia de atendimento - CONSULTORIOS
DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
111274 0003 MARIA LOPES MOTA
Documento(s) Identidade 343088199
Data de Nascimento Local
02/11/1956 INDEPENDENCIA/CE
Pai JOAO LOPES MOTA
Endereço SITIO DOS MILTONS, SN
Profissão APOSENTADA
Responsável MARIA IZABEL MOTA

Mãe MARIA IZABEL MOTA
Bairro ZONA RURAL CEP 63650-000
Município QUITERIANOPOLIS
Conjuge

CNS
898003289070346

Estado Civil
Viúvo(a)

Sexo
Feminino
Idade
60 Ano(s)

UF CE Telefone
CE 88997619379

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
28/06/2017 10:20 SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF
6945/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário
MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA

Trânsito

Observação
guia 28/06/2017

Data/Hora Liberação
/ / às ___ hs.

Tipos de Saída
() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

62

Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mmHg) PA (mmHg)
— 365 97 130/90

SBP, 97

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Muito com dor no joelho com edema e limitação para o movimento e dor no joelho direito.
Fim da descrição



Dr. Jamil S. Jorqueira

Tratamento Ortopédico

CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

EDITE LOPES DE MACEDO

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA IZABEL MOTA



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1 - Preencher esta ficha em 3 vias
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando-o a retornar com a 1^a via à Unidade de Origem

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: *Maria Izilda Moraes*

Prontuário N°

Sexo: M F

Data de Nasc.: / /

Ocupação:

Endereço:

Bairro

Tel.:

Motivo do Encaminhamento?

Doenças pulmonares de origem tuberculosa

Resultado de Exames:

Anusculo Tissutológico

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

DR. EDUARDO ALMEIDA FERREIRA
Assinatura do Encaminhante

Medico

27/06/12 13:37

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatório

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: *Anusculo*

Profissional: *Thaís Ferreira*

Unidade de Referência:

Data / / Hora / /

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N.º

Alta / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

Proposta de Conduta para seguimento

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

SAÚDE MUNICIPAL
30 NOV 2017
RECEBIDO



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº _____

Data: 02/02/2018

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: *Flávia Souza*

Pai: *...*

Mãe: *...*

CNS: *011 000 8212 0000*

Est. Civil: *...* Sexo: *F* Data do Nasc. *11/11/17* Idade: *...*

Profissão: *...* RG: *...* CPF: *...*

Endereço: *...* Cidade: *...*

2. Sinais e Sintomas: *Dores de cabeça, febre, dor no estomago, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dor nas costas, dor nas articulações.*

3. Diagnóstico: *...*

4. Conduta: *...*

Ass. do Paciente / Responsável

Assinatura do Médico

SABEM/SEGURADORA SA
02 FEV 2018

RECEBIDO



PREFEITURA DE
QUITERIANÓPOLIS
Cuidando bem do Povo

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando retomar com a 1^a via à Unidade de Cuidado.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Maria Lúcia Mops Prontuário N°: _____

Sexo: M F Data de Nasc.: / / Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento?

ASUCITO INVERSOS DENT / AXILAS AQUILO GORDURA
DORONG DORSOS DE MOLA. VERTIGO DEZ DÍAS MASTODON

Resultado de Exames:

ANALISE TISSUMINOCOS

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

PARA CONSULTA
DR. ENÉAS
MEDICO
EMEC 1768
Assinatura do Encaminhante

Medio Funcão: 27/06/12 13:30 Data: Hora: _____

AGENDAMENTO

Ambulatório Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Profissional: Tutoria Data: / / Hora: _____

Encaminhamento para Atendimento:

Procedimento: ANALISE Ambulatório Hospitalar Profissional: Tutoria Data: / / Hora: _____

Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

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

SABEM SEGURODORASIA
02 FEV 2018
RECEBIDO

ACIDENTE

RESUMO DE TRATAMENTO

1- NOME DO PACIENTE:

2- LOCAL:

3- DATA DO ACIDENTE:

4- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

5- O PACIENTE FEZ TRATAMENTO:

6- A VITIMA EVOLUIU REFERENDO:

7- O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE:

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, agradecendo-se
para facilitar a análise do acidente.

DATA: 27.10.17

Maria Lopes Mota

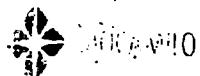
ASSINATURA E CARENTO

SABEM SEGURO SA
SERVIÇOS

Francisco E. Martino
MÉDICO
CRM - 6263

02 FEVEREIRO 2018

RECEBIDO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Impressão 28/06/2017 10 2

Página

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
111274 0003 MARIA LOPES MOTA

CNS
898003289070346

Guia de Autorização

Estado Civil
Viúvo(a)

Sexo
Feminino

Idade
60 Anos(s)

Documento(s)

Identidade 343088199

Data de Nascimento

02/11/1956

Local

INDEPENDENCIA/CE

Pai

JOAO LOPES MOTA

Endereço

SITIO DOS MILTONS, SN

Profissão

APOSENTADA

Responsável

MARIA IZABEL MOTA

Bairro

ZONA RURAL

Mãe

MARIA IZABEL MOTA

CEP

63650-000

Municipio

QUITERIANOPOLIS

UF

CE

Telefone

88997619379

Empresa

Cônjugue

Municipio

QUITERIANOPOLIS

UF

CE

CPF do Responsável

Endereço

SITIO DOS MILTONS, SN

Data Atendimento

28/06/2017

Hora

10 20

Convênio

SUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF

6945/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Aclonio

Transito

Observação

guia 28/06/2017

Sala

Funcionário

MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA

Data/Hora Liberação

às _____ hs

Tipo de Saída

() Alta

() Internação

() Obito

Sinais Vitais

Peso (kg)

62

Altura (cm)

T (°C)

36,5

P (bpm)

97

R (rpm)

PA (mmHg)

130x90

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

SBP: 97

anexo cue luis
se perte am olee
e futebol jund
n t mule t ril
futebol do mule
luis gosta m
flexao

Dr. Jamil S. Jorqueira

Traumato Ortopedico

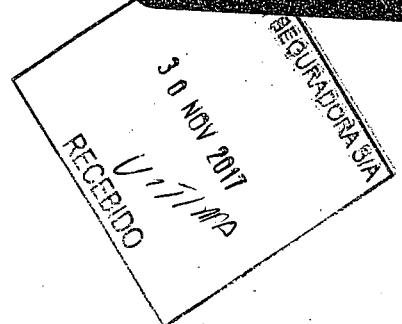
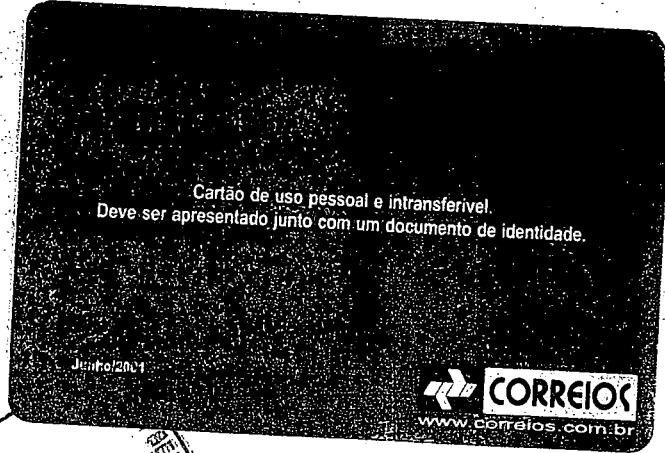
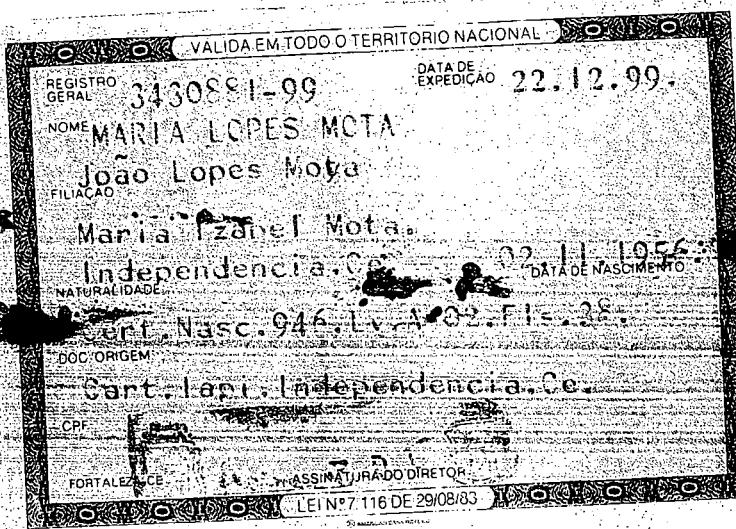
JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM 6945

SAÚDE SEGURADORA SIA

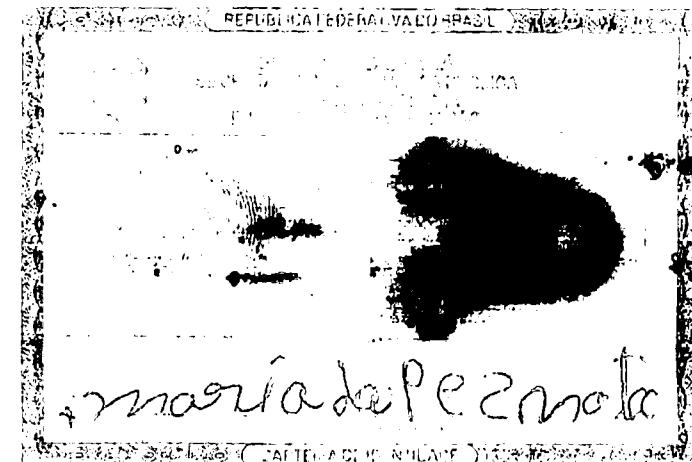
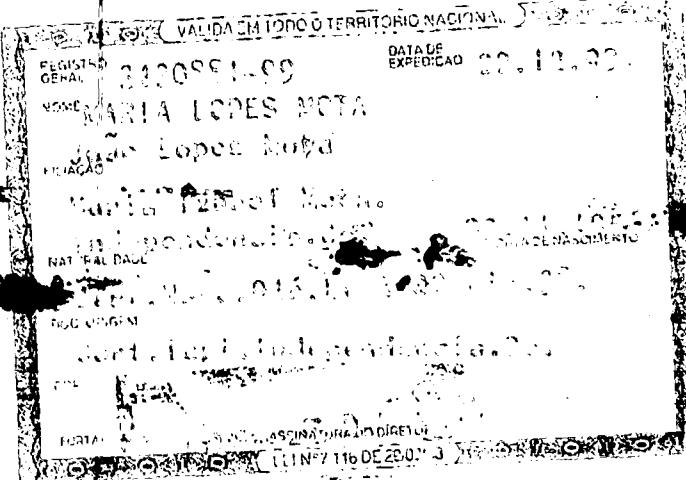
07 FEB 2018

EDITE LOPEZ DEMACEDO
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável MARIA IZABEL MOTA

RECEBIDO

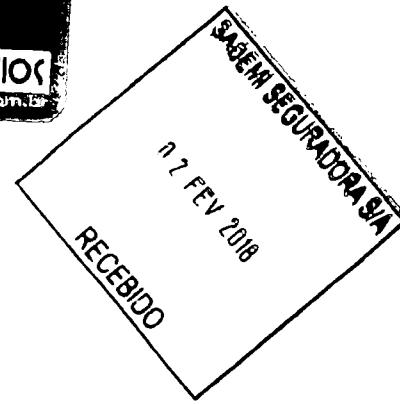






**Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.**

Am J Health Syst Pharm





VÁLIDO EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

749877399

NOME: ANTONIO RONALDO CAVALCANTE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / Nº: 047166 CTPS CE

CPF: 298.079.802-91 DATA Nascimento: 03/01/1969

MILITAR: EVERTON ALVES DA SILVA

MARIA NILCE CAVALCANTE DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALMAR P.C.

VALIDADE: 18/07/2013 1ª HABILITAÇÃO: 27/06/1996

SEM OBSERVAÇÃO:

Assassinado

LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSÃO: 18/07/2013

749877399

PROIBIDO PLASTIFICAR

FOR VACANCIELUS PONTE

73156782185
CE136625320

SABEMI SEGURADORA S/A
12 FEVEREIRO 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, Maria do Rosaria Mota,
 cédula de identidade nº 343088199 e CPF nº 91199425320, residente e domiciliado
 na STONOS MILAGRES - Zona Rural,
 Bairro: Z.P.R., Cidade: ONIT - CE, beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
27/06/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
 todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
 documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto me coloco a inteira disposição do controlador fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante:
 III – testemunha;

Atenciosamente,

Maria do Rosaria Mota

Declarante:

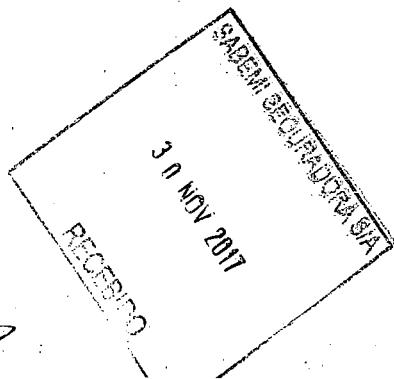
TESTEMUNHAS:

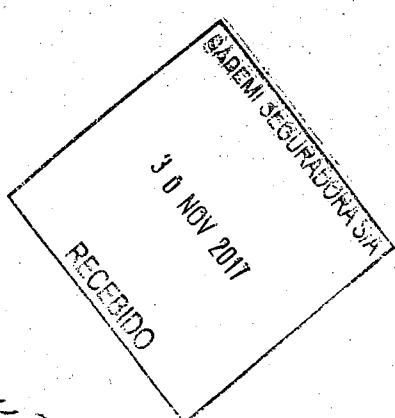
1) Eloneide Pereira nobre CPF:

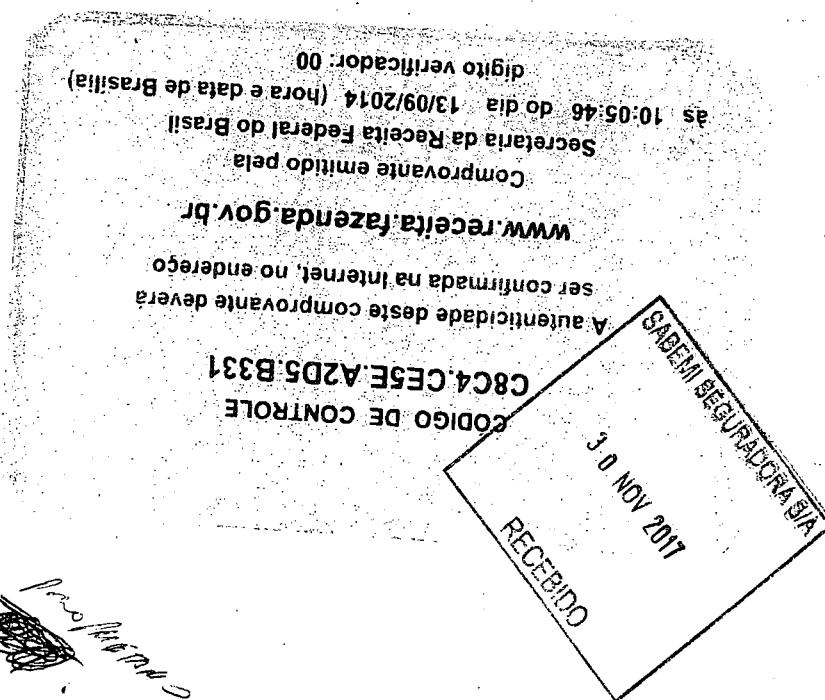
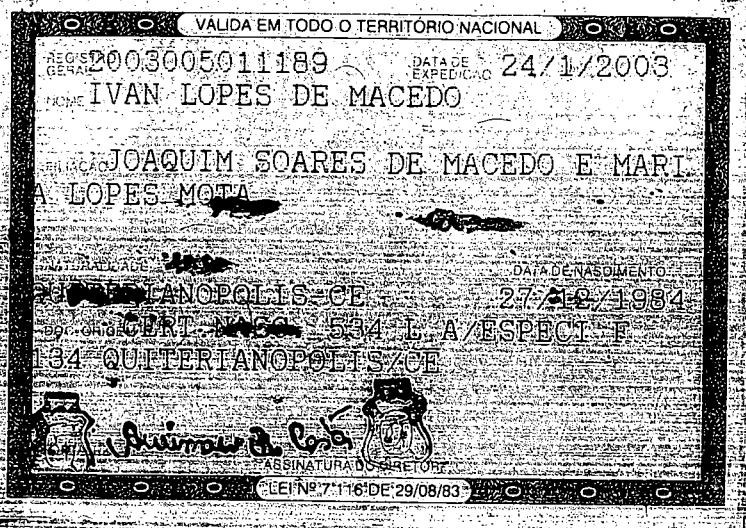
2) Raimundo Moreira Nobre CPF:



Nome	Reconheço sob Firma de Verdade que os de: <u>Eloneide Pereira nobre</u> e <u>Raimundo Moreira</u> <u>nobre</u> .
CPF	07/07/2017
RG	Em testemunha de verdade
Carteira	<u>Joaquim Francisco Cavalcante</u>
Assinatura	Notário Públiso







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

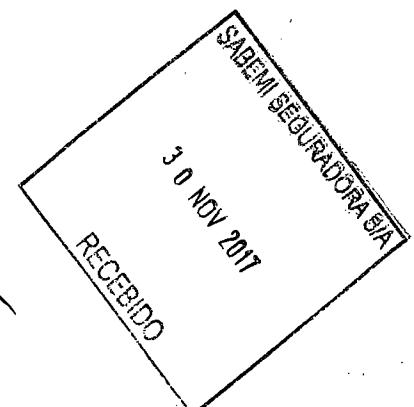
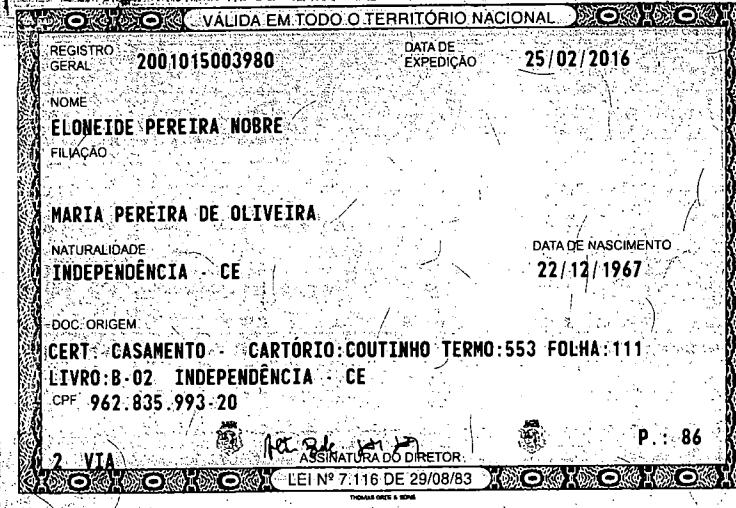
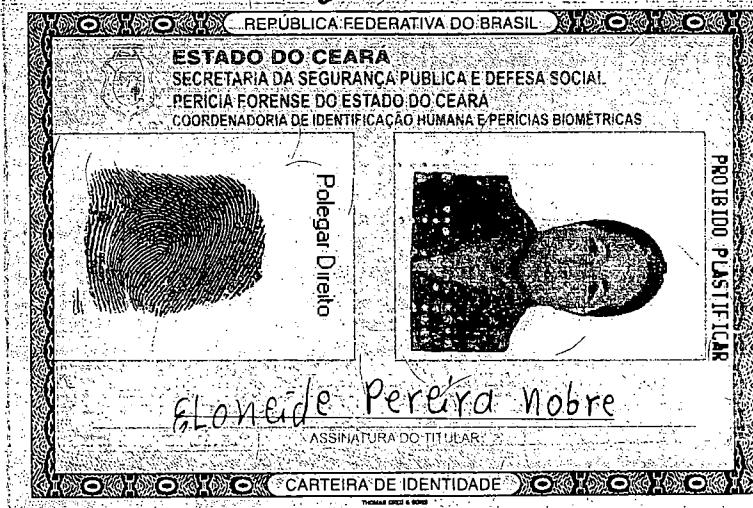
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

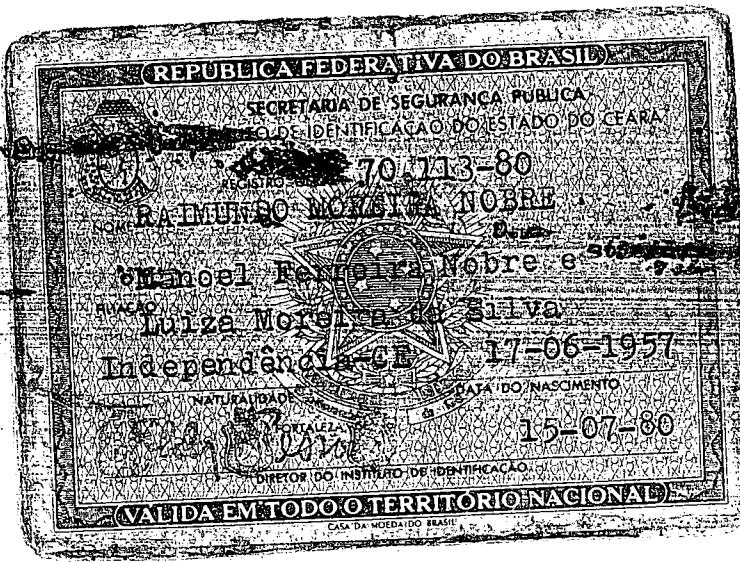
Número
011.611.223-97

Nome
IVAN LOPES DE MACEDO

Nascimento
27/12/1984

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





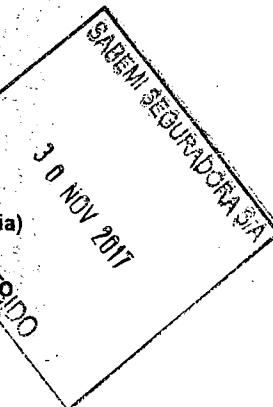
CÓDIGO DE CONTROLE

45F5.440.DAE59.35C2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 11:28:09 do dia 16/01/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
835.073.373-04

Nome
RAIMUNDO MOREIRA NOBRE

Nascimento
17/06/1957



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, Maria das Neves Mota,
cédula de identidade nº 343088199 e CPF nº 91199475320, residente e domiciliado
na STADOS MILITARES - Zona Sul,
Bairro. Leme, Cidade. RJ - CE, beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
27/06/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta às exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nem tive nenhuma desses
documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e) Inquérito Policial, ou
- f) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco à inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante
III – testemunha;

Atenciosamente,

2017-06-25 de setembro de 2017

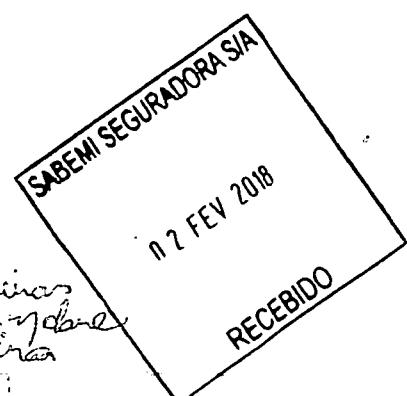
rmilia de Pereira
Declarante:

TESTEMUNHAS:

1Elonide Pereira CPF: nº b evc

2Raimundo Moreira Neto CPF:

de: Elonide Pereira e Raimundo Moreira
02/07/2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066886 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170643992 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066886 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LOPES MOTA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame AUMENTO DE VOLUME DO PUNHO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE
médico pericial: FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Victor R. Reynaux Borba".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração

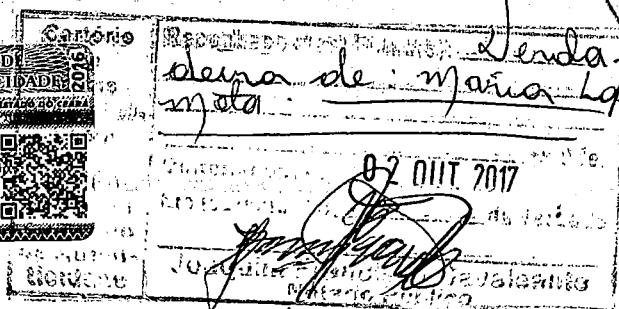
0025-

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:Nome: Maria Lopes MotaNacionalidade: BRASILEIRAEstado Civil: CASADAIdentidade: 3430881-99CPF: 911994253-20Profissão: AGRICULTORAEndereço: ST 905 MILTONSCEP: 63650-000Telefone: 85 999624214 - 88. 99650 6121**OUTORGADO:**Nome: ANTONIO Ribeiro Cavalcante da SilvaNacionalidade: BRASILEIROEstado Civil: CASADOIdentidade: 1784068CPF: 296079180291Profissão: PorteiroEndereço: TAUAN MUNICIPAL COPACABANA 131CEP: 63650-003Telefone: 85 999624214.

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o 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 o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, Incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Maria Lopes Mota.

Local e data

Maria Lopes Mota**Assinatura do OUTORGANTE**
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

SABEMI SEGURADORA S/A

30 NOV 2017

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

PROCURAÇÃO

0025*

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:Nome: Maria Lopes MotaNacionalidade: BrasileiraEstado Civil: CASADAIdentidade: 511341831-99CPF: 919.594.253-20Profissão: ADM DE FABRICAEndereço: SAO JOSÉ MILITARCEP: 65650 000Telefone: (88) 9 962 4214 - 88. 99650 6121**OUTORGADO:**Nome: Antonio Bonatto Cavallini dos SantosNacionalidade: BrasileiroEstado Civil: CASADOIdentidade: 17841068CPF: 298.079.802-91Profissão: AdvogadoEndereço: TAVIRA MUNICÍPIO DA PRÍNCIPE 131CEP: 63650 000Telefone: (88) 9 9962 4214

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o 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 o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a Indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Maria Lopes Mota

Local e data

Maria Lopes MotaAssinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)Assinatura de Maria Lopes Mota

02 DEZ 2017

SABEMI SEGURADORA SA
02 FEV 2018

RECEBIDO