



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10436762

A/C: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160487557 ASL-1000728/16
Vitima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA
Data Acidente: 02/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10453255

A/C: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Sinistro: 3160487557 ASL-1000728/16
Vítima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA
Data Acidente: 02/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10580232

A/C: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Sinistro: 3160487557 ASL-1000728/16
Vítima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA
Data Acidente: 02/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

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: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002521-6

Conta: 000010006756-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160487557 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO GONCALVES PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **FZ MUFUMBAL nº 00 - ZONA RURAL - RERIUTABA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 164020088 - SSP**
Data local do exame: **07/02/2017 GUARACIABA DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO OMBRO DIREITO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA PARA TRATAMENTO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, EVOLUINDO COM GRANDES DIFICULDADES PARA EXECUTAR OS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

IMPORTANTE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 07/02/2017

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE


Dr. Wellington Melo
MÉDICO
CREMEC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160487557 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA **Data do acidente:** 02/04/2016 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

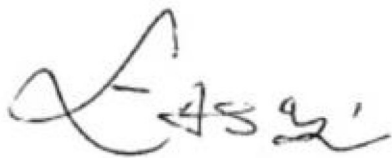
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

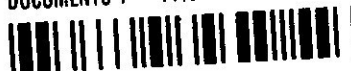
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



TDIN 2015

DOCUMENTO 1 *T1%*



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ANTONIO GONCALVES PEREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 164020088 EXPEDIDO POR SSP-CG EM 1 / 1 / 2016

CPF 038000000-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO PROF. DE LEM

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO GONCALVES PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2321-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6756-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

REIOUROS 30 de MAIO de 2016

LOCAL E DATA

Antonio Gonçalves Pereira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

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

28 JUL 2016

15905 SISTEMA DE TRANSACCIONES FINANCIERAS, BANCO DE URUGUAY
12/06/2016 AUTO AUTOMATICO 16. 1.33
10971910 COMPROMISO DE TRANSACCION
ON CREDITO CREDITO PARA PAGO DE

REBILADO
CREDITO: 1489.5 CREDITO:
CLIENTE: ANTONIO E P DE LA ROSA
AVANCE: 25.6 CREDITO:
CLIENTE: ANTONIO G. GONZALEZ, P. DE LA ROSA
MOR: 2521-6 6.91

23
6.91 6.91
67563
Credito a partir de 09/05/2012 es de
diez millones y ochenta mil pesos.
El cliente no debe conservar este documento
entre otros fines.

28 JUL 2016

Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Width8
643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

DOCUMENTO 1 *T1%*



Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS

Nº B.O.: 568-00327/2016 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 03/05/2016 11:33

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 02/04/2016 18:00

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R JURÉ

ZONA RURAL RERIUTABA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: O declarante informa que estava pilotando sua motocicleta: Honda/ CG 150 TITAN ES, 2007/2007, gasolina, cor:vermelha, Placa: HXT 7485, RENAVAL: 00937963615, Chassi: 9C2KC08507R046502, e está em seu nome, quando ao pilotar se deparou com uma porca que ia atravessando o caminho, que tentou desviar e caiu; que quebrou o braço direito, quase na altura do ombro; que apresentou na feitura desse Boletim de Atendimento os seguintes documentos: Carteira Nacional de Habilitação, documento da moto, Boletim de entrada do hospital de Reriutaba e comprovante de residência; que nada mais disse nem lhe foi perguntado.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: ANTONIO GONÇALVES PEREIRA

CNH: 05741293507 UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/1959

FILIAÇÃO: JOSÉ GONÇALVES PEREIRA

QUITERIA MARIA RODRIGUES

ENDEREÇO: R MUNFUBAL

ZONA RURAL 62.265-000

RERIUTABA/CE

TELEFONE: 88999169929

20.01.2016

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

Antonio Gonçalves Pereira

/

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VARJOTA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Gonçalves Pereira

VISTO DO DELEGADO(A): _____

28 JUL 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO GONCALVES PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 169020088 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.785.077-76, residente e domiciliado na _____, Cidade PERUÍBIA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%*



Antonio Gonçalves Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PeruÍbia, 30/05/2016

Local e data

28 JUL 2016



Nome: Antonio Gonçalves Pereira

Data de Nascimento: 26/11/59

Endereço: Bequembal

Documento: 02/08/16

Data de Atendimento: 02/08/16

Diagnóstico: Ataque de queda do "Urso" com trauma no
crânio D

Tratamento: Diclofenaco 75 mg IM. OK

o Diclofenaco 10 mg

e D'nisio - (cópia)

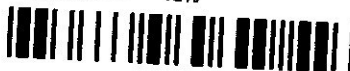
e no = 16 ml

Dr. Paulo

Dr. Paulo Juliano de Faria
CNS: 203834065490006
CREMEC: 4835

Assinatura do Profissional

DOCUMENTO 2 *T2%*



28 JUL 2016

DOCUMENTO 1 *T1%*



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS

CONTA D'ÁGUA

Rua General Sampaio - Nº 1162 - Bairro: Centro - CEP: 62-200-000

Nova Russas - CE - Fone: (88) 3872-1212

Insc. Est.: 00.007.690.399/0001.29

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO

CLS

CAT

TAR

ECO

INCLUSÃO EM

NF/CONTA

EMISSÃO

MÊS/FAT.

0167502.8

PAR

R-1

001

01/10/08

033980216

16/02/16

02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
RUA HERMENEGILDO MARTINS, 323
PATRONATO
NOVA RUSSAS

CEARA

LOCALIZAÇÃO

00.00.02.0000010170

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

RECIBO Nº 01/21/2006 - G.A.: 00074 - NÚMERO DA CONTA

HIDROMETRIA

HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO	CÓD.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
424456	03/09/2008	001	ÁGUA			21,56
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA	002	ESGOTO	50%		10,78
051467	07/01/2015	016	MULTA POR ATRASO - 11/2015		01	0,96
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA	017	ENCARGOS (11/2015) 58 DIAS		01	0,58
001478	03/02/2016	016	MULTA POR ATRASO - 12/2015		01	0,80
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO	017	ENCARGOS (12/2015) 24 DIAS		01	0,24
00011	027					
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA					
000	001					

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS FAT.	CONS.	OCCOR.	MÊS FAT.	CONS.	OCCOR.
AGO/15	00016	00	SET/15	00013	00
OUT/15	00018	00	NOV/15	00016	00
DEZ/15	00013	00	JAN/16	00016	00
MÉDIA:	00015				

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos

Reservatório:	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fluor	Col. Total
Parâmetros	até 15 UH	6,0 a 9,5	até 5,0	até 5 UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Padrão						
Obtidos						

M E N S A G E N S

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MÊS(ES) EM DÉBITO
2% 0,70 0,03% 0,01 JAN/16

VENCIMENTO
CONSUMIDOR

01/03/2016

VALOR R\$

34,92

28 JUL 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO GONCALVES PEREIRA

RG nº 164020088, data de expedição / / , Órgão SSP-CG

CPF nº 035.785.077-70, 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>FZ MUFUMBAL</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>REPURARA</u>
Estado	<u>CGARA</u>
CEP	<u>62.260.000</u>
Telefone de Contato	<u>88- 99708.8444 x 992904464</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: REPURARA, 30.05.2016

Assinatura do Declarante: Antonio Gonçalves Pereira

28 JUL 2016

Nº DO CLIENTE
1772357-4

Para obter o valor do faturamento, consulte o site
www.coelce.com.br

Atividade Social de Energia Elétrica
Inscrição nº 10.436,
de 26 de abril de 2002

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

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

Rota 36 39071 01 081400 - 1 Data de Emissão 20/02/2016

Nome ANTONIO GONCALVES PEREIRA

End. Postal FZ MUFUMBAL 00000
- RERIUTABA - 62260000

Medidor 361854

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 035785077-76

Nome do Responsável

Poste 0000 0200

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

Mês de Referência: Fev/2016
Data da Apresentação: 20/02/2016
Provisão Próx. Leitura: 21/03/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: Dez/2015 EUSD 22,67
Mês: DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,30	22,61	45,22	0,00	0,00	0,00
FIC	7,74	15,49	30,98	0,00	0,00	0,00
DMIC	6,19			0,27		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

036.FD05.F008.FF88.0722.513E.0302.ADE6

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

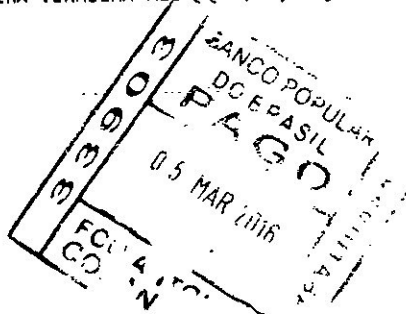
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Tot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4819	4704	1,00	114	0,00	114	0,34421	39,23
20/02/16	20/01/16		31 DIAS		114		39,23

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 4,21)

VALOR (R\$)
39,23



VENCIMENTO

01/04/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

39,23

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,50
Transmissão	8,52
Distribuição	9,94
Encargos Setoriais	1,42
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,85
TOTAL	39,23

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
Consumo (kWh)	160	114	164	167	160	234	152	132	152	177	146	143

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO₂)

49,27

Compensado kg(CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0%

100%

Informações importantes e avisos de vencimento

*Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números

Para contato por reslaio. Para consultar os números acesse.....

nosso site - www.coelce.com.br

28 JUL 2016

CONTA
88 = 997088444
88 = 992904404

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO GONCALVES PEREIRA ^{OLIVEIRA}, portador(a) do RG nº 9500225765, expedido por SSP-SC, em 1/1/, CPF/CNPJ nº 416362.523-20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antonio Goncalves Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Antonio Goncalves Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Antonio Gonçalves Pereira
ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 2 *T2%*



28 JUL 2016

OK

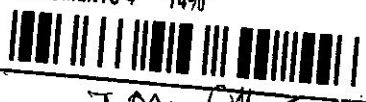


BOLETIM DE CONSULTAS E ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Nome: Antônio Gonçalves Pereira
Data de Nascimento: 26/11/59
Endereço: Bequembal
Documento: _____
Data de Atendimento: 02/07/16
Diagnóstico: Ataque de queda do "tubo" com trauma no
osso D.

DOCUMENTO 4 *T4%*



Tratamento: Diclofenaco 75 mg IM. OL
Paracetamol 1000
D'nis - (copol)
10 = 16 ml Dr. Antônio OL Pereira

Dr. Paulo Zucalunga Jr. Peire
CNS: 203834065490006
CREMEC: 4835

Assinatura do Profissional

28 JUL 2016

DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO ELTEZIO PEREIRA OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR Nº
95002285163 SSP CE

CPF
416.362.523-20 DATA NASCIMENTO
04/07/1970

FUNÇÃO
RAIMUNDO NUNES DE
OLIVEIRA
MARIA DA CONCEICAO
PEREIRA

REPRESENTAÇÃO
ACC CALHVA
AB

1º REGISTRO
03365133322

VALIDADE
07/10/2019 1ª HABILITAÇÃO
18/10/1995

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2014

ASSINATURA DO DETENTOR

91411488009
CE144106566

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1004651937

PROVIDO PLASTIFICAR
1004651937

28 JUL 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 PARLAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ANTONIO GONCALVES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 164020088 SSP CE

CPF 035.785.077-76 DATA NASCIMENTO 26/11/1959

PRIMEIRO NOME
 JOSE GONCALVES PEREIRA

QUITERIA MARIA RODRIGUES

PERMISSÃO ACC CALHAIA AB

Nº REGISTRO 05741293507 VALEZADA 26/04/2017 1ª HABILITAÇÃO 22/03/2013

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Antonio Gonçalves Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

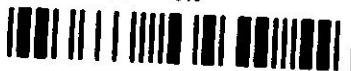
LOCAL PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 24/03/2014

86607481793
 CE141046244

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR 903972365

DOCUMENTO 5 *T59*



28 JUL 2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160487557 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA **Data do acidente:** 02/04/2016 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: IMPORTANTE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA PARA TRATAMENTO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, EVOLUINDO COM GRANDES DIFICULDADES PARA EXECUTAR OS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	ANTONIO GONCALVES PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	184 0200 88
ENDEREÇO:	MUNFUBAL

OUTORGADO

NOME:	ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	9500 22 85165
ENDEREÇO:	R: HERMENEGILDO MARTINS 323

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

REIUTABA 02 ABRIL 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Brasileiro Póntes Fone: (86) 3537.2633	RECONHEÇO a firma de <u>Antonio</u>
	<u>Gonçalves Pereira</u>
	Dou Fé
	☒ Por Autenticidade ☐ Por Semelhança
	Reiutaba-CE de 02 de 2016
	Em Testemunho da Verdade.
	☒ Francisco Aldo Ferreira de Araújo, Tabelião
	☐ Daniel Araújo Pontes, Substituto



28 JUL 2016

997522833

PROCURADOR

OUTORGANTE

PROCURADOR

IDENTIDADE

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR

PROCURADOR