

---

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10373809

A/C: PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170039491 ASL-0019760/17

**Vitima:** PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

**Data Acidente:** 28/06/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** NAZARENO GOMES DE SOUSA

**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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

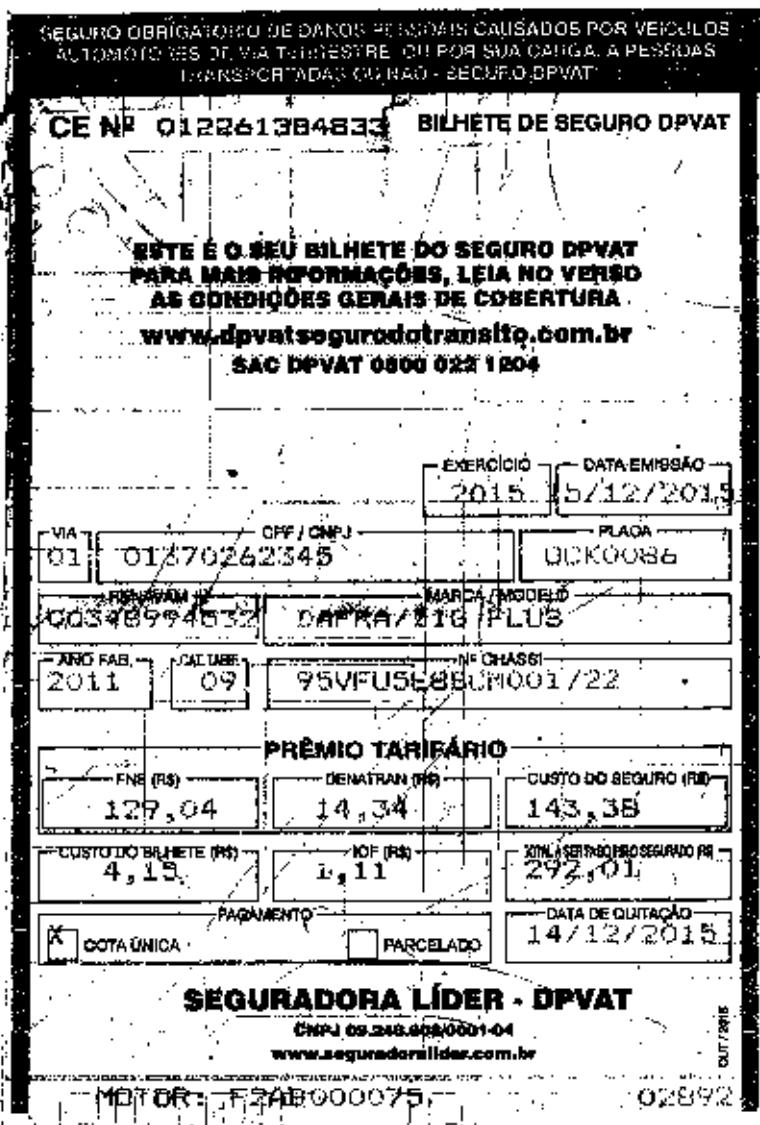
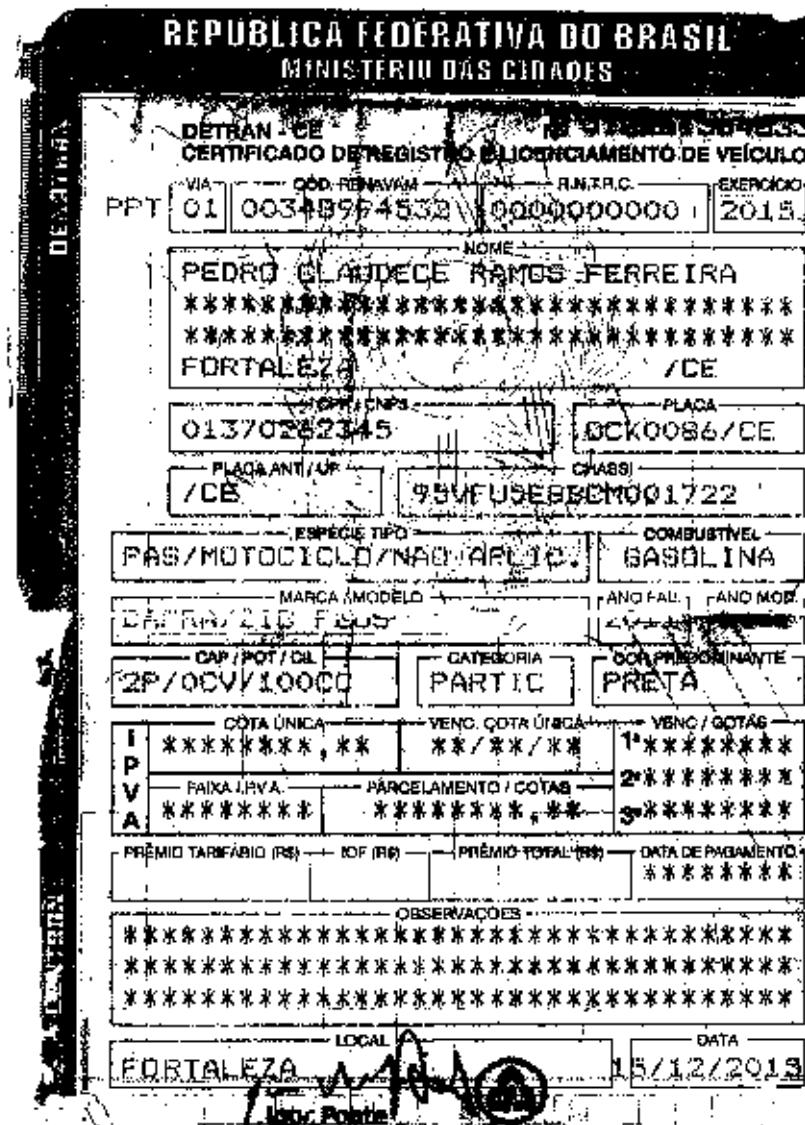
**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO  
DO SEGURO DPVAT.**

Por este instrumento particular. Eu PEDRO CLAUDIO RAMOS FERREIRA, de  
nacionalidade: BRASILEIRO; profissão: REPARADOR; portador de identidade  
RG: 970.00099.84, emitido pela SSP/EE, inscrito sob o CPF: 013.702.623/41,

Residente na (rua). (av.) R. 24 DE OUTUBRO nº 283;

Bairro= PARQUE GEMBAU; Cidade= FORRINHA ..... (UF) CEARA;

CEP 60.534-130, Nomeio e constituo meu procurador, **NAZARENO GOMES DE SOUSA**, Brasileiro, empresário, casado, portador da cédula de identidade RG=8912005003649 emitido pela SSP/ce, e inscrito sob. O CPF=314.320.693-49. Residente no endereço, RUA SÃO MANOEL N° 1224, VILA MANOEL SATIRO. Na cidade de fortaleza /ce, no cep-60713-750 a quem confiro amplos e gerais poderes para tratar, requerer, e assinar papeis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT**, JUNTO DA VITIMA: Pedro Cláuice Ramos Ferreira

JUNTO Á SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.

Festtagez. 27., September, 2016

### Local e data.

**SABEM SEGURADORA S/A**

13 JAN 2017

RECEBIDO

### Assinatura:

2. Edie Lander Domo Ferrina  100% PERCENTUALE

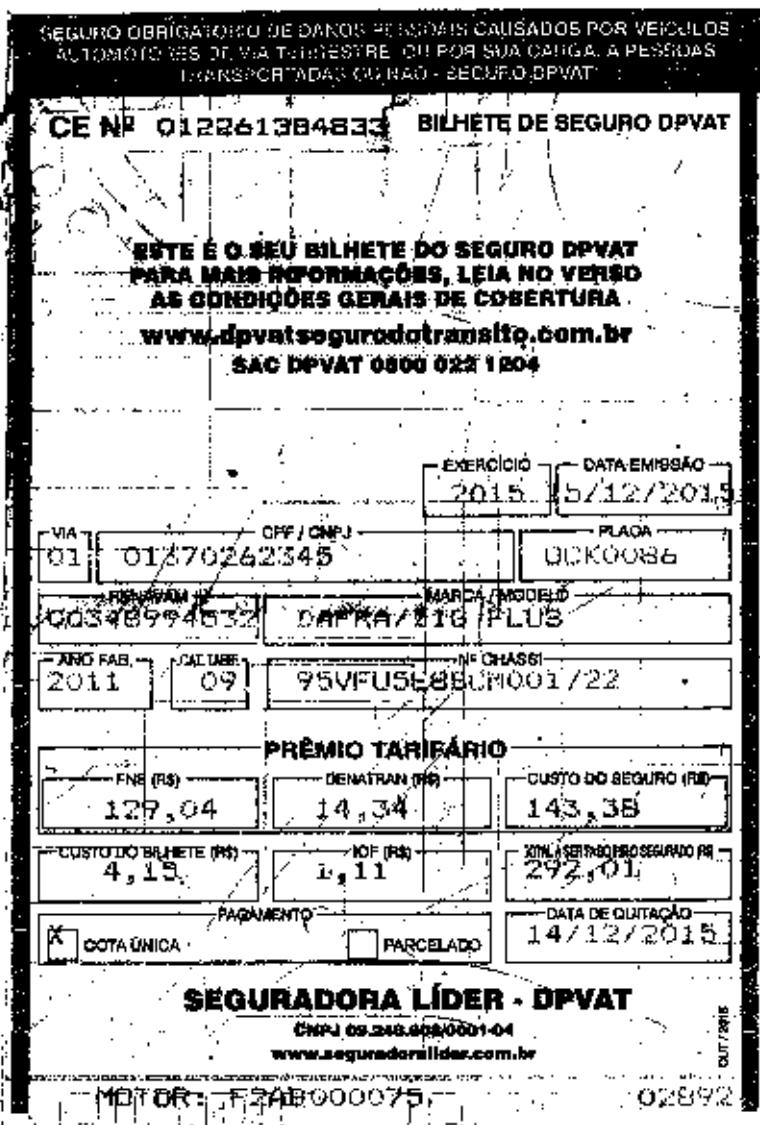
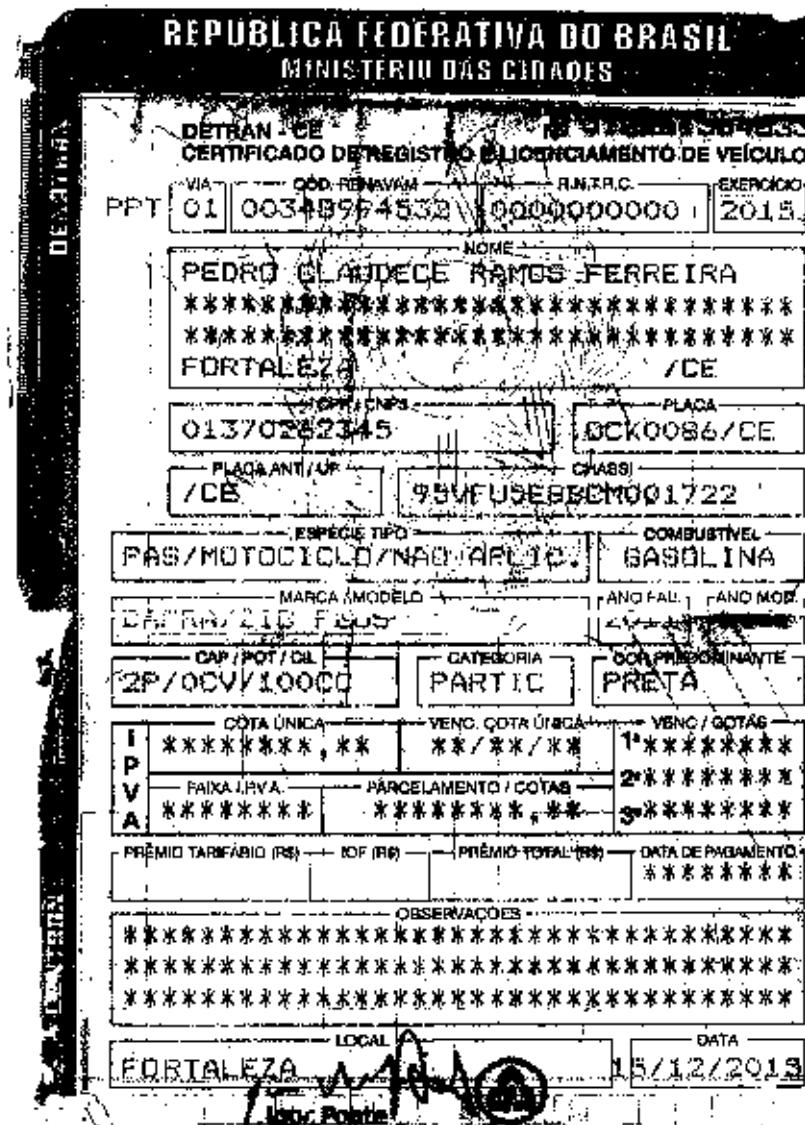
Av. Pe. Antonio Tomás, 920 - Aldesta  
Fortaleza-CE - Tel: (85) 3304-9944

Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) fir-  
má(s) de:  
[OK] (ANIKO) - PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA  
Data fe- Usr: 076

### En testemunha

MARIA MARILYN MOORE  
AKA. ALEXANDRA FER  
ELLENBORG FRANCIS







REPU B. FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

972789611

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| NOME<br>FEDRO CLAUDIO RANOS FERREIRA                                   |                                |
| DOC. IDENT. / CAD. HABIL. Nº<br>97010009964 56062 06                   |                                |
| CM<br>013.702.623-45   | DATA MARCHAMENTO<br>27/06/1984 |
| PARECER<br>VICENTE PAULINO<br>FERREIRA<br>VERA LÚCIA RAMOS<br>FERREIRA |                                |
| PERÍODO<br>05624443385   | VALIDADE<br>30/06/2019         |
| PERIODO<br>22/10/2012  |                                |

SENTO  
SEM OBSERVAÇÃO:

*Cedro Claudio Ramos Ferreira*  
Assinatura do portador

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
06/08/2014

*1m V-1-274*  
56026430562  
CE142345520

PROIBIDO PLASTIFICAR

972789611

13/04/2017

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| NOME DO PACIENTE<br><b>PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA</b>                         |  | ENDERECO<br>RUA 24 DE OUTUBRO 283 GENIBAU                              |  | ENDERECO<br>Cidade: <b>CE</b>                              |  |
| NOME PATERNO<br><b>VERA LUCIA RAMOS FERREIRA</b>                                 |  | NASCIMENTO<br><b>27/05/1984 (32 ANOS)</b>                              |  | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>67848</b>                           |  |
| NOME MATERNO<br><b>NI</b>  |  | SEXO<br><b>M</b>   |  | Nº DO BE<br><b>6480</b>                                    |  |
| ENDERECO<br><b>CE</b>  |  | NOME RESPONSÁVEL<br><b>NI</b>  |  | RACIOCÓDIGO<br><b>PARDO</b>                                |  |
| CONTATO  |  | MUNICÍPIO  |  | UF<br><b>CE</b>  |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE<br><b>CE</b>                                      |  | OCORRÊNCIA   |  | CEP<br><b>NI</b>   |  |
| QUEIRA<br><b>PACIENTE ATROPELOU PEDESTRE E SOFRU QUEDA D MOTO.</b>               |  | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO<br><b>MOTIVO</b>                                |  | ACIDENTE DE MOTO   |  |
| SINTOMAS<br><b>DOR NO PUNHO DIREITO+ MÚLTIPAS ESCORIAÇÕES. TRAZIDO PELO SAMU</b> |  |  |  | ESCALA DE DOR<br><b>7 (ADULTO)</b>                         |  |
| PESO<br><b>NI KG</b>   |  | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                                       |  | SINAIS VITIAIS<br><b>SAT 02% NI%</b>                       |  |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>  |  | ALERGIAS<br><b>NEGA</b>  |  | PULSO<br><b>NI</b>   |  |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b>  |  | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>MIRIANA MENDES MARQUES SOARES</b> |  | GLICEMIA<br><b>NI</b>                                      |  |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO TRAUMA</b>                                 |  | ÁREA ATENDIMENTO<br><b>NI</b>  |  | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>28/06/2016 21:16:07</b> |  |
| ANAMNSE:   |  | ATENDIMENTO MÉDICO:  |  |  |  |

Features of ~~purple~~ D  
303093154

H. Eugenio Iglesias  
Médico  
OPM 69-19

**ALIVIADA:**  DÉCISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO **ÓBITO:**  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS  
**DESTINO DO CORPO:**  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL  
**DURA E HORA DO ATENDIMENTO:**

Impresso por MIRLANIA MENEZES MARQUES SOARES em 28/06/2016 às 21:16:10  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Código Penal.

PEDRO CLAUDE CE RAMOS FERREIRA



**HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA  
FRONHHA ANTONIO BEZERRA.**

Edna Menezes Marques Soares  
Mat. 45360-01  
Coordenadora SAME - NDEAM  
**CONFERE COM ORIGINAL**

SABEM SEGURADORA S/A  
13 JAN 2017  
RECEBIDO

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO

#### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 NAZARENO GOMES DE SOUSA, portador(a) do RG nº 8912005003649, expedido por SSP/CE, em 06 / 11 / 2008 CPF/CNPJ nº 314.320.693-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pedro claudice Romes Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza Imobilizar, da vítima Pedro claudice Romes Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Naevius. Rens of Socos  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Pedro Cláudice Romos Ferreira

RG nº 9701.000.9984 data de expedição 22/10/12, Orgão SS PPLS.

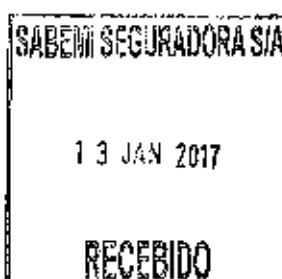
CPF nº 013.702.623-45 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. 24 de outubro</u> |
| Número                            | <u>283</u>              |
| Apto / Complemento                | <u>— 11 —</u>           |
| Bairro                            | <u>Parque Genibau</u>   |
| Cidade                            | <u>Fortaleza</u>        |
| Estado                            | <u>Ceará</u>            |
| CEP                               | <u>60534136</u>         |
| Telefone de contato               | <u>(85) 985345824</u>   |
| E-mail                            | <u>— 11 —</u>           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 25 de novembro 2016

Assinatura do Declarante: Pedro Cláudice Romos Ferreira



Nº DO CLIENTE  
810257-0

Foi digitado seu endereço, utilize o ícone  
sempre que entrar em contato com a ceice

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 11.438,  
de 26 de abril de 2002.

coelce

Rua Padre Valdemar, 750  
CEP 20135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0091-70 CGF 06.105.948-3

www.ceice.com.br

ACORDO DE ENERGIA ELÉTRICA GENIBAU (Séries e tipos) 436887413

Hora 10 01240 31 174200 - 0 Data de Emissão 15/07/2016

Nome VICENTE MONTEIRO GOMES

End. Postal RU 0024 DE OUTUBRO 00283

PARQUE GENIBAU - FORTALEZA - 60534130

Medidor 5430242 Poste 0442 H10W

Class. 01-RFIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RGV/CEP / CNPJ 165692023-91 CGF

Nome do Responsável

DATAS INDIC DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão   | Conjunto |
|-------------------|----------------------|------------|----------|
| Jul/2016          | 15/07/2016           | 17/08/2016 | PIC      |

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto Fazenda Individual Apuração Individual

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | Mesal | Trim. | Anual | Mesal | Trim. | Anual |      |
|-----------------------|----------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 93,90                 | 27,6%    | 25,95            | DIC   | 5,07  | 18,19 | 20,00 | 0,43  | 0,80  | 0,80 |
|                       |          |                  | FIC   | 3,11  | 11,22 | 12,00 | 1,00  | 2,00  | 2,00 |
|                       |          |                  | DMIC  | 2,05  |       |       |       | 3,43  |      |

ÁREA RESERVADA DA AÇÃO CONFERIDOR FISCAL

FCC 2514.1001.0001.0000.0000.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O TURBAMENTO DO CONSUMO

Tarif. Atual Tarif. Anterior Custo Consumo (kWh) Custo. Ind. Cont. Fim. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

|       |       |      |     |      |      |       |
|-------|-------|------|-----|------|------|-------|
| 25649 | 25649 | 1,08 | 134 | 0,18 | 0,18 | 93,90 |
|-------|-------|------|-----|------|------|-------|

15/07/16 15.664,66 11.116,66 134 0,18 93,90

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| VALOR CONSUMO DO MES                 | 93,90 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL         | 9,80  |
| DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 7/12 | 3,00  |
| INDENIZACAO MENSAL DMIC              | -0,43 |

SABEM SEGURO DURA SEMPRE

13 JÁN 2017

RECEBIDO

VENCIMENTO 22/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 106,37

CONSUMO PÓS VALOR DO CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (R\$)

|                          |       |     |    |     |     |     |     |     |
|--------------------------|-------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Enaro                    | 41,14 |     |    |     |     |     |     |     |
| Transiléssio             | 0,02  |     |    |     |     |     |     |     |
| Distribuidor             | 14,85 |     |    |     |     |     |     |     |
| Encargos Setoriais       | 7,20  |     |    |     |     |     |     |     |
| Tributos (IMB e IVA/FGV) | 30,21 | 135 | 34 | 174 | 148 | 131 | 171 | 185 |
| TOTAL                    | 99,50 |     |    |     |     |     |     | 112 |
|                          |       |     |    |     |     |     |     | 153 |
|                          |       |     |    |     |     |     |     | 142 |
|                          |       |     |    |     |     |     |     | 82  |
|                          |       |     |    |     |     |     |     | 117 |

CONSUMO CONSCIENTE PÓS VALOR DO CONSUMO (R\$)

Compensação pós consumo pelo consumo de energia elétrica através do Boleto

Salvo direito à compensação legal (CPL) | Compensação legal (CPL) | Comunidade Econômica (CEC)

0,00

57,91 0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00



## DECLARAÇÃO

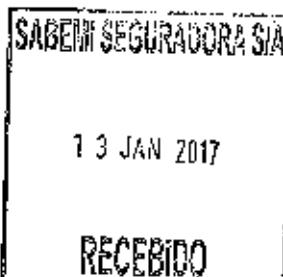
Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, requerimento nº 3489/2016, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento ao Sr. **Pedro Claudece Ramos Ferreira**, no dia **28/06/2016**, às **19h26min**, na **Avenida Heráclito Graça**, no **Bairro Aldeota**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida no local e removida para o **Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura**.

Fortaleza, 5 de outubro de 2016

Atenciosamente,

*Estherlinda*  
Esther Cunha  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

*Rita Lima*  
Rita Lima  
Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu Pedro Claudio de Ramos Ferreira,  
portador da carteira de identidade de nº 97010009984 e inscrito no CPF/MF  
sob o Nº 01317021623 - 45, residente e domiciliado na Rua 24 de Outubro  
Nº 283, parque Genival, Cidade Fortaleza,  
Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de  
apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do  
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

SADEN/SEGURADORA S.A.

13 JAN 2017

RECEBIDO

Pedro Claudio de Ramos Ferreira

Assinatura do Declarante  
conforme documento de identificação

Assinatura  
Pedro Claudio de Ramos Ferreira

Fortaleza 25 de novembro de 2016  
Local e Data

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 6615 / 2016****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **05/09/2016 10:27:49**Data / Hora da Ocorrência: **28/06/2016 18:15:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HERACLITO GRAÇA, 895**

Complemento:

Bairro: **Município: FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA**Nascimento: **27/06/1984** CPF:REGISTRO CIVIL: **069872** Orgão Emissor: **ALLEN ARARI**

UF:

Filiação: **VERA LUCIA RAMOS FERREIRA** SAMU/SEGURADOURA SIA**VICENTE PAULINO FERREIRA**Endereço: **RUA 24 DE OUTUBRO, 283**Bairro: **GENIBAU**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

13 JAN 2017

CEP:

Telefone: **(85) 8879-3409****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCK0086** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **95VFUSE8BCM001722**Renavam: **348994532** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **DAFRA/ZIG****PLUS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**Proprietário: **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH 05624443385, DETRAN CEARÁ, CATEGORIA "AB". QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCK0086/CE. QUE TRAFEGAVA PELA AV. HERÁCLITO GRAÇA, QUANDO REPENTINAMENTE UMA JOVEM FOI ATRAVESAR A VIA SEM OLHAR E A VITIMA FREIOU MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR O ATROPELAMENTO. QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIU EM UMA ARVORE. QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAYS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Pedro Claudece Ramos Ferreira****VISTO DO DELEGADO(A) :**



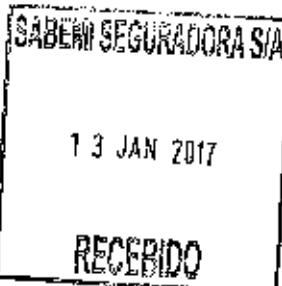
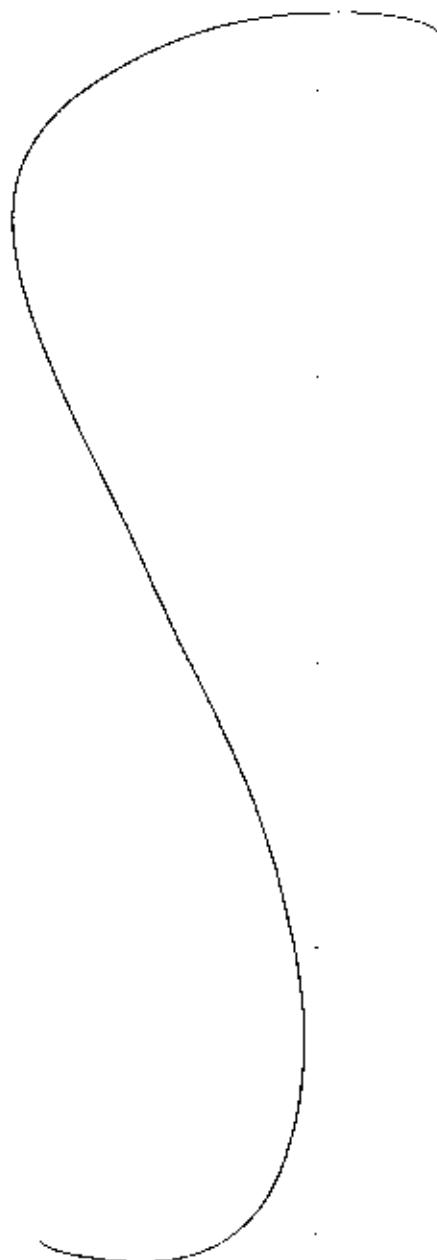
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 6615 / 2016

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

*× Cidro Andrade Roriz Ferreira.*





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, Pedro clauder Ramos Ferreira

PORTADOR(A) DO RG. Nº 970.100.099-84

EXPEDIDO POR

Metran - C

EM 22/10/12 E

CPF 0113702623-45 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO R. de Veículos

E RENDA MENSAL DE R\$ 870 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Pedro clauder R. Ferreira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO FUNDACIONAL.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta PÓUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

13 JAN 2017

RECEBIDO

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

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 10.35 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11165-7

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 10.35 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11165-7  
OP. 013

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

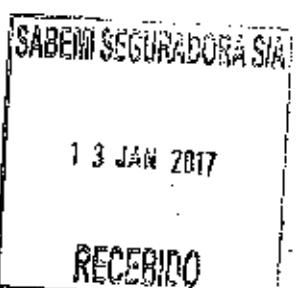
Fortaleza, 25 de novembro de 2016 Pedro clauder ramos Ferreira

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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



PPT AVAM- 0O3'!9\*?f453g!:^:^|0|ii^• anime.- EXEnc1CIO !

- ^ PÉPRÁ IRA  
tttiu \*\*\*\*\*  
\* \* \* \* \* |W #|K \*-\$ \* \* \* mi \*\*\*\*\*  
FORTALSW ^ .KX r ' ' /GE

0137021^5 Jjj # m WCK00#6/CE  
1^5t^5\*^5 1 ' i ctLssi/  
<iMw^&mt)Oú22  
S/MOTOCICL.3]/t^#^#gW ' GASOLINA

rr MARCA AMobeao -+ -rANO FAB-, pANO MO-,  
 fii iihí " " " SS ^ ^ W - ^ -  
 -CAP/por /CH. -CATEliORIA -i; r  
 12f>/0CV)/100(pC PARTIC  
 ' CÔTA ÚNICA- -VENC. COTA ÚNICA- 7—venc/ooTAB-^  
 \*\*\*\*jK\*\*)K, \*\* \*\* / \*\* / \* 1'\* \* \* \* # \* \*  
 • FAIXA I.R.V.A- • PAhCEIAMENTO / COTA^• 2 \* \* \* \* # # \*  
 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* ; \$ # - y \* \* \* 4 K \$ \* \* \*  
 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)- IOF (R\$ 1 PRÊMIO TOTAL'R) —r QATA DE PAGAMENTO

•Ter,- L , 2/5 Qi. 3 d.l.  
#  
v^"

7/áAaíMENT^  
CGTAUNICA PARCELADO

S|EGUHAPOBA LÍDER - IIPVAT

1; <âMN.0BJM8.6^ííDâ01-«4  
wwwMqimdonilld«Hr.eoni.br

3 αIJ (cpan(xiii,TiCC  
#'^ 1 |- MpjTG^^Tfj^OOOO-^ | 02892  
v^'

PPT AVAM-003'9\*?f453q;:^^|0|||• anime.- EXEncIIO

- ^ PÉPRÁ IRA  
tttiu \*\*\*\*\*  
\* \* \* \* \* |W #|K \*\$ \* \* \* mi \*\*\*\*\*  
FORTALSW ^KX r ' ' /GE

rr MARCA AMobeao -+ -rANO FAB-, pANO MO-,  
 fii iihí " " " SS ^ ^ W - ^ -  
 -CAP/por /CH. -CATEliORIA -i; r  
 12f>/0CV)/100(pC PARTIC  
 ' CÔTA ÚNICA- -VENC. COTA ÚNICA- 7—venc/ooTAB-^  
 \*\*\*\*jK\*\*)K, \*\* \*\* / \*\* / \* 1'\* \* \* \* # \* \*  
 • FAIXA I.R.V.A- • PAhCEIAMENTO / COTA^• 2 \* \* \* \* # # \*  
 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* ; \$ # - y \* \* \* 4 K \$ \* \* \*  
 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)- IOF (R\$ 1 PRÊMIO TOTAL'R) —r QATA DE PAGAMENTO

•Ter,- L , 2/5 Qi. 3 at J.  
#  
v^"

7/áAaíMENT^  
CGTAUNICA PARCELADO

SEGUHAPOBA LÍDER - IIPVAT

|; <âMN.0BJM8.6^«ííDâ01-«4  
wwwMqimdonilld«Hr.eoni.br

02892  
#'^ |- MpjTG^^Tfj^OOOO-^ |



PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO  
DO SEGURO DPVAT.

Por este instrumento particular, Eu **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA**, de  
nacionalidade **BRASILEIRO**, profissão **EMPRESÁRIO**, portador de identidade  
RG=930.00093.874, emitido pela SSP/CE, inscrito sob o CPF:913.762.681/46  
Residente na (rua): **R. 211, DEZ. SANTANA**, n.º **283**,  
Bairro: **SANTANA**, Cidade: **FORTEALEZA**, (UF): **CE**,  
CEP: **60713-750**, Nomeio e constituo meu procurador, **NAZARENO GOMES DE SOUSA**,  
Brasileiro, empresário ^casado, portador da cédula de identidade RG=8912005003649-emitido  
pela SSP/ce, e inscrito sob. O CPF=314.320.693-49. Residente no endereço. RUA SÃO  
MANOEL N° 1224, VILA MANOEL SÁTIRO. Na cidade de fortaleza /ce, no cep-60713-750 a  
quem confiro amplos e gerais poderes para tratar, requerer, e assinar papéis e documentos  
que se faga necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT,JUNTO DA**  
**VITIMA**, **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA**.

JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.

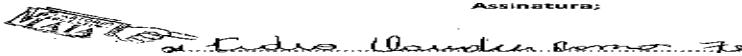
Fortaleza-CE, 27 de Setembro de 2016  
Local e data.

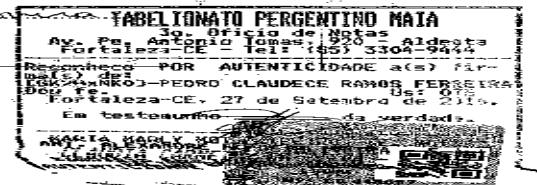
SABEM SEGUADORA SIA

13 JAN 2017

RECEBIDO

Assinatura:





Bairro: SANTANA, Cidade: FORTEALEZA, (UF): CE

CEP: 60713-750, Nomeio e-constituo meu procurador, NAZARENO GOMES DE SOUSA.  
Brasileiro, empresário ^casado, portador da cédula de identidade RG=8912005003649-emitido  
pela SSP/ce, e inscrito sob. O CPF=314.320.693-49. Residente no endereço. RUA SÃO  
MANOEL N° 1224, VILA MANOEL SÁTIRO. Na cidade de fortaleza /ce, no cep-60713-750 a  
quem confiro amplos e gerais poderes para tratar, requerer, e assinar papéis e documentos  
que se faga necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT,JUNTO DA**  
**VITIMA**, **h^f^a^:i?...C. Cátii^.'r^..(^^.t^.**

JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.

^eíftaleza^.;2.í.;...5^i:&yxí.bLY'is»;...^QA.<0

Local e data.

Assinatura:



pap  
XV/Wk. **Wii m ni:** i  
3º. Oficio de Notas  
Av. Pe. Antônio Tomás,920 - Aldeota 1  
Fortalez-i-CE - Tel: (55 ) 3304-9744  
Rmheco RR ÁJENTId DAE a(s) fir- I  
ú, das  
[REDACTED] - PED CLAUDE RAMOS FERRE  
Pou fe. Us: 0% 1  
Fortaleza-CE, 27 de Sete

testeauifin ^ / Ha «cHaris  
ifi-/

\ x m ã » M ' 5W  
\\ iMVCKSSS ^ niHi  
% N ", » «801  
--.i

