

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, 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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 00348994532 0000000000 2015

NOME
PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ 01370262345 PLACA DCK0086/CE
PLACA ANT./UF /CE CHASSI 95VFUSEBBEM001722

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APUR. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO DAFRA/218 FUS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 09

CAP/POT/DL 2P/OCV/10000 CATEGORIA PARTIC COC/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** ** **/ **/ ** 1 *****
P FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
V ***** **/ **/ ** 3 *****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 15/12/2015



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

CE Nº 0122613B4833 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 15/12/2015

VIA 01 OFF / CNPJ 01370262345 PLACA DCK0086

RENAVAM 00348994532 MARCA/MODELO DAFRA/218 PLUS

ANO FAB. 2011 CALIBRE 09 Nº CHASSI 95VFUSEBBEM001/22

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNE (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 ZONA/SETHOR DO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 14/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

NOTOR: F3AB0000075 02892

13 JAN 2017

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

Por este instrumento particular. Eu PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA, de
nacionalidade: BRASILEIRO; profissão: REPARADOR; portador de identidade
RG= 970.10009984; emitido pela SSP/ CE; inscrito sob o CPF: 013.702623/41;

Residente na (rua).(av.) R. 24 DE OUTUBRO n° 283;

Bairro= PARQUE GENPAU; Cidade: FORTALEZA (UF) CEARA;

CEP: 60531-130; 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 CLAUDECE RAMOS FERREIRA;

JUNTO À SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.

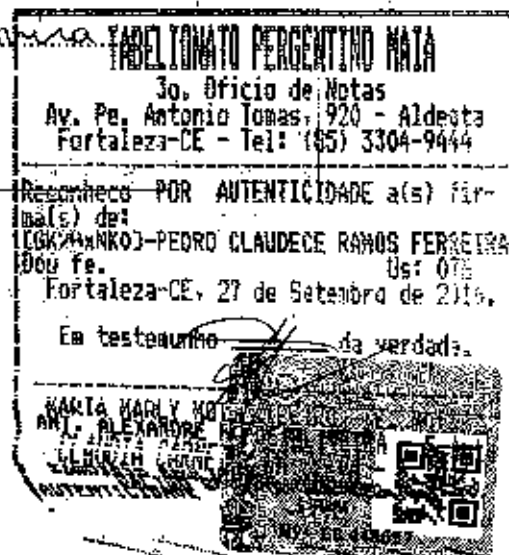
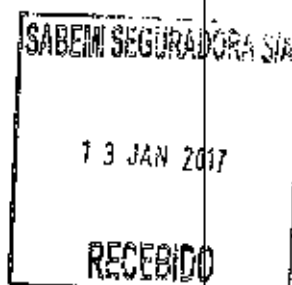
Fortaleza, 27, Setembro, 2016

Local e data.

Assinatura;



Pedro Claudece Ramos Ferreira





Seguradora Líder - DPVAT



SEGURO DPVAT - FPL

UNIDADE DE FEDERAÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Claudete Ramon Ferreira
 DATA DO ACIDENTE 28/06/2016 CPF DA VÍTIMA 013.702.623-45
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pedro Claudete Ramon Ferreira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É - / - / -
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 24 de Outubro
 Nº 283 COMPLEMENTO - / - BAIRRO Parque Genibaú
 CIDADE Fortaleza UF Ce CEP 60534130
 E-MAIL - / - / - TELEFONE (85) 98534-5829

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA LAZARATIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

RECEBIDO

13 JAN 2017

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 1.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25-11-16
 IDENTIDADE 97010009984
 ASSINATURA Pedro Claudete Ramon Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 00348994532 0000000000 2015

NOME
PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ 01370262345 PLACA DCK0086/CE
PLACA ANT./UF /CE CHASSI 95VFUSEBBEM001722

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APUR. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO DAFRA/218 FUS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 09

CAP/POT/DL 2P/OCV/10000 CATEGORIA PARTIC COC. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** ** **/ **/ ** 1 *****
P FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
V ***** ** **/ **/ ** 3 *****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 15/12/2015



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012261384833 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 15/12/2015

VIA 01 OFF / CNPJ 01370262345 PLACA DCK0086

RENAVAM 00348994532 MARCA/MODELO DAFRA/218 PLUS

ANO FAB. 2011 CALIBRE 09 Nº CHASSI 95VFUSEBBEM001/22

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 ZONA SEGURO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

NOTOR: F3AB0000075 02892

13 JAN 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
 VELADO EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 972789611	NOME CLAUDIO CLAUDECE RAMOS FERREIRA	
	DOCUMENTOS / DOCUMENTOS 97010009964 SSPDS CE	
	CM 013.702.623-45	DATA NASCIMENTO 27/06/1984
	FUNÇÃO VICENTE PAULINO FERREIRA VERA LUCIA RAMOS FERREIRA	
	PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC ACC
APRESENTAÇÃO 05624443385	VALIDADEZ 10/06/2019	1ª EMISSÃO 22/10/2012
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO; Claudio Claudio Ramos Ferreira ASSINATURA DO PORTADOR		
PROCURADO PASTIFICADA 972789611	LOCAL PORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 06/08/2014
	56026430582 CE142345520	
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

13 JUL 2017



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO

[illegible]

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

[illegible]

Dr. Roberto Aguirre Rivas
Médico
CRM 6078

PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

**Prefettura di
Fortaleza**

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FRONZINHA ANTONIO BEZERRA

Tônia Menezes Marques Soares
 Mat. 45300-01
 Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINA

SABEM SEGURO S/A

13 JAN 2017

RECEIVED

ANEXO II



DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu NAZARENO GOMES DE SOUSA, portador(a) do

RG nº 8912005003649, expedido por SSP/CE, em

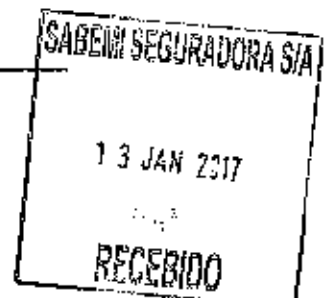
06 / 11 / 2008 CPF/CNPJ nº 314.320.693-49

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pedro
claudete Romes Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária
da vítima Pedro claudete Romes Ferreira, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: _____

Nazareno Gomes de Sousa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



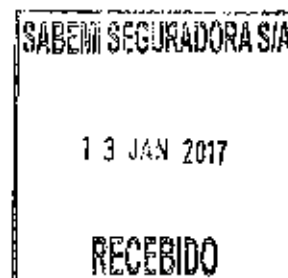
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Claudice Romos FerreiraRG nº 97010009984 data de expedição 22/10/12. Órgão SS PPDs.

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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. 24 de outubro</u>
Número	<u>283</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>Parque Genibau</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60534130</u>
Telefone de contato	<u>(85) 985345824</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 25 de novembro 2016Assinatura do Declarante: Pedro Claudice Romos Ferreira

Nº DO CLIENTE
810257-0

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forneceida pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Para apurar seu rendimento, utilize o e-Fatura
sempre que emitir um boleto de pagamento.

Rua Padre Valdevino, 750
CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Atendimento

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ (COELCE) S.A. 438887413

Rota 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

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Estor de Potência 0,00

RGV/CPF/CNPJ 165692023-91 CGF

Nome do Responsável

INÍCIO DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

Atividade de Referência Data da Apresentação Próxima leitura Volts a ligenda no verso desta conta.
Jul/2016 15/07/2016 17/08/2016 FIC

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
93,98 27,04% 25,35

ARREJAMENTO DE CONTROLE FISCAL

FIC 2514 100% EED 6,00% CGF 84% 77%

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2514	2514	1,00	1,00	0,00	0,00	93,98
15/07/16	15/06/16	98,00	98,00	0,00	0,00	93,98

VALOR CONSUMO DO MES 93,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,80
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 7/12 3,00
INDENIZACAO MENSAL DMIC -0,43

VENCIMENTO 22/07/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 106,27

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ (COELCE) S.A.

Descrição	Valor (R\$)
Energia	93,98
Transmissão	1,82
Distribuição	14,28
Encargos Setoriais	7,20
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	30,21
Total	157,49

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ (COELCE) S.A.

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do E-fatura.

Emissão kg(CO₂) Compensação kg(CO₂) Certificação Ecológica (R\$ 00,00)

57,91 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Devido o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida impede
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
após a emissão deste, conforme previsto na Res. ANEEL 412/10, Arts.
172 e/ou 173, bem como o anexo das informações aos órgãos de proteção
ao crédito e CARTÃO DE PROTEÇÃO, caso já tenha efetuado o pagamento.
Por favor, desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor (R\$)
06/2016	17,45
Total	17,45

Consta desta fatura R\$ 4,00 referente a PIS e COFINS.
Venc. 22/07/2016 - ANEEL - Lei nº 10.438/02 e 10.438/02

SABEM SEGURADORA S/A

13 JAN 2017

RECEBIDO



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,

Esther Cunha
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Rita Lima
Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



end

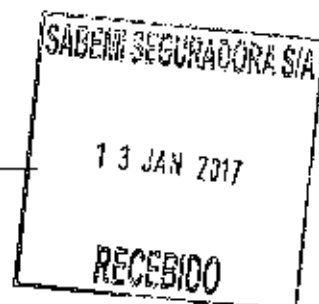
() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

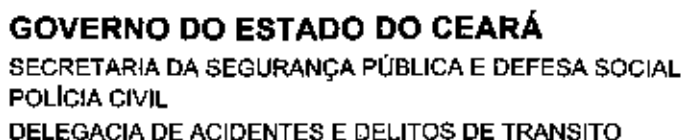
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edro Claude Morris Loring

Assinatura do Declarante
conforme documento de identificação



Totaliza 25 de novembro de 2016
Local e Data



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:

Nome: **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA**
Nascimento: **27/06/1984** CPF:
REGISTRO CIVIL: **069872** Orgão Emissor: **ALLEN ARARI** UF:
Filiação: **VERA LUCIA RAMOS FERREIRA**
VICENTE PAULINO FERREIRA
Endereço: **RUA 24 DE OUTUBRO, 283**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

13 JAN 2017 CEP:
Telefone: **(85) 8879-3**

13 JAN 2017

CEP:

Telefone: (85) 8879-3409

1) Placa: **OCK0086** Ur: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **95VFU5E8BCM001722**
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**

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 FROTIHA DE ANTÔNIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

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

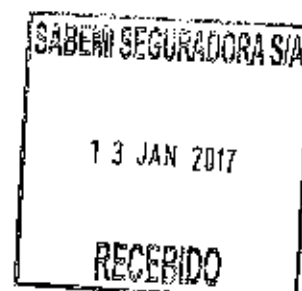


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6615 / 2016

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

x Pedro Claudio Gomes Ferreira.

S





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

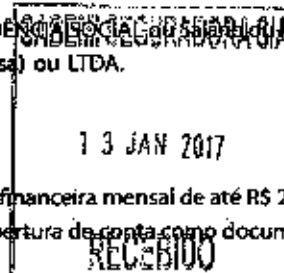
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Pedro Claudes Ramos Ferreira
PORTADOR(A) DO RG Nº 9704009984 EXPEDIDO POR Netran - a EM 22/10/12 E
CPF 013702623-95 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO R. de Veículo
E RENDA MENSAL DE R\$ 980 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro Claudes 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 funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1035 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11165-7
op. 013

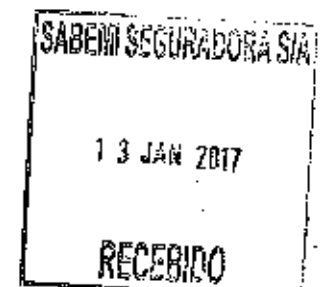
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza 25 de Novembro de 2016
LOCAL E DATA

Pedro Claudes Ramos Ferreira
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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 003 19274533 0000000000 1 2015

PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

FORTALEZA /CE

01370262345 PLACA 00K0086/CE

PLACA ANTI-UF 95VFUSEB0001722

PAS/MOTOCICLO/MARCA/MODELO GASOLINA

22F/OCV/100CC PARTIC PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04

DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 012261384833

STE e O i III BILHETE 6o SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvat.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 01370262345 PLACA 00K0086

003 19274533 0000000000 1 2015

95VFUSEB0001722

PREMIO TARIFARIO 129,04

DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT

PPT 003'9*?f453gl:^^|0|il^9^
-^PEPRá IRA
ttttiu *****
/ *W #K*\$**mi *****
FORTALSW ^KX r ' /GE
0137021^^5 Jjj # m WCK00#6/CE
PAS/MOTOCICLO.3]/t^#^#gW ' GASOLINA
12f>OCV/100(pC
PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04
DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

STE e O i III BILHETE 6o SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvat.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

PREMIO TARIFARIO 129,04
DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT

DATA 2/5 Qi.3 dIJ
' ^ l; - MpjTG^Tfj^OOOO-^
02892!

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 003 19274533 000000000000 1 2015

PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

FORTALEZA /CE

01370221^5 Jjj # m WCK00#6/CE

PLACA 00K0086/CE

95VFUSEB8LM001/22

PAS/MOTOCICLO/100CC PARTIC PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04

DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 012261384833

STE e O i H I I BILHETE 6o SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvat.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 01370221533 00K0086

95VFUSEB8LM001/22

PREMIO TARIFARIO 129,04

DATA DE QUITAÇÃO 14/12/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT

PPT 003'19*?f453gl:^^|0|il^9^
- ^PÉPRá IRA
ttttiu *****
/ *W #K*\$**mi *****
FORTALSW ^KX r ' ' /GE
0137021^^5 Jjj # m WCK00#6/CE
PAS/MOTOCICLO.3]/t^#^#gW ' GASOLINA
12f>0CV/100(pC
PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04
DATA DE PAGAMENTO 14/12/2015

STE e O i H I I BILHETE 6o SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvat.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

PREMIO TARIFARIO 129,04
DATA DE QUITAÇÃO 14/12/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT

DATA 2/5 Qi.3 dIJ
' ^ l; - MpjTG^Tfj^OOOO-^

SEGURODORA LIDER - DPVAT

02892!

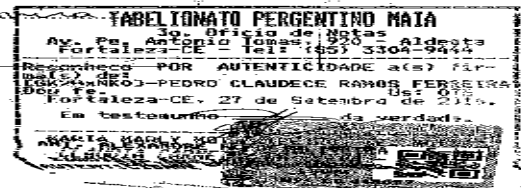
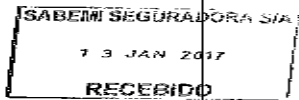
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT.

Por este instrumento particular, Eu PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA, de nacionalidade BRASILEIRO, profissão empresário, portador de identidade RG=8912005003649, emitido pela SSP/CE, inscrito sob o CPF=314.320.693-49, Residente na (rua).(av.).R. 24 DE OUTUBRO n° 282, Bairro PARQUE SOFISTADO, Cidade FORTALEZA, (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 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 faga necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT, JUNTO DA VITIMA**, PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA.

JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

Fortaleza, 27 de Setembro de 2016
Local e data.

Assinatura:



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 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 faga necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT, JUNTO DA VITIMA**, PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA.

JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

Fortaleza, 27 de Setembro de 2016

Local e data.

Assinatura:

(á...iULw.....(Lw<JL^

pap
XV/Wk.

Wii m ni:

30. Ofício de Notas
Av. Pe. Antônio Tomás, 920 - Aldeota 1
Fortalez-i-CE - Tel: (85) 3304-9444
Reconheço PR AUTENTID DE a(s) fir- I
ú, des
[BRUNO] PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA
Por fe. Us: 0% 1
Fortaleza-CE, 27 de Sete

testeauilfin ^ / Ha «cHaris
ifi-/

\ x m ã » M ' 5W
iMVCKSSS

^ niHi
% N ", » «8