



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE:**

|                                            |                                                             |                                                 |                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome:<br><i>Antonia Lucineide da Silva</i> |                                                             | Nacionalidade:<br>BRASILEIRA                    |                             |
| Estado Civil:<br><i>Solteira</i>           | Profissão:<br><i>Agricultora</i>                            | Carteira de Identidade:<br><i>2002030045559</i> |                             |
| CPF nº:<br><i>035.005.503 - 02</i>         | Residência:<br><i>Rua Francisco Rodrigues Domínguez, 50</i> |                                                 |                             |
| Bairro:<br><i>Planalto</i>                 | Cidade:<br><i>Crateús</i>                                   | Estado/UF:<br><i>CE</i>                         | CEP:<br><i>63.700 - 000</i> |

**OUTORGADO:** ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

*Crateús* - CE., *17* de *Dezembro* de *2018*.

*\* Antonia Lucineide da Silva*  
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

|                                                             |                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Declarante:<br><i>Antônia Lucineide da Silva</i>            |                                | Nacionalidade:<br>Brasileira     |
| Residência:<br><i>Rua Francisco Rodrigues Damasceno, 50</i> |                                | Profissão:<br><i>Agricultora</i> |
| CPF nº:<br><i>015.005.503-02</i>                            | RG nº:<br><i>2001030045559</i> | Estado Civil:<br><i>Solteira</i> |
| Bairro:<br><i>Planalto</i>                                  | Cidade:<br><i>Crateús</i>      | Estado/UF:<br><i>CE</i>          |
| CEP:<br><i>63.700-000</i>                                   | Telefone: _____                |                                  |

**DECLARO** para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

*Crateús* - Ce., *17* de *Dezembro* de *2018*.

*Antônia Lucineide da Silva*

Declarante



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 542224683

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

SET/2018

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**5021018** DV **1**

VENCIMENTO  
25/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)  
59,35

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 13 038000 28 098000

Medidor

Poste

Nome ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU FCO RODRIGUES DAMIAO 00050 PLANALTO CRATEUS

RG / CPF / CNPJ 015.005.503-02

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 14051 13976 1 75 0 75

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 75 0,76758 57,56

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 20/09/2018  
Prev. Próxima Leitura 19/10/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

E71C.2C7B.D9D2.A94B.DC64.66AC.F7DB.9F8A

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 57,56 Aliquota 27% Valor do Imposto 15,54

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA 22,25  
TRANSMISSÃO 2,37  
DISTRIBUIÇÃO 12,67  
ENCARGOS SETORIAIS 3,40  
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 16,87

**OUTROS PAGAMENTOS**

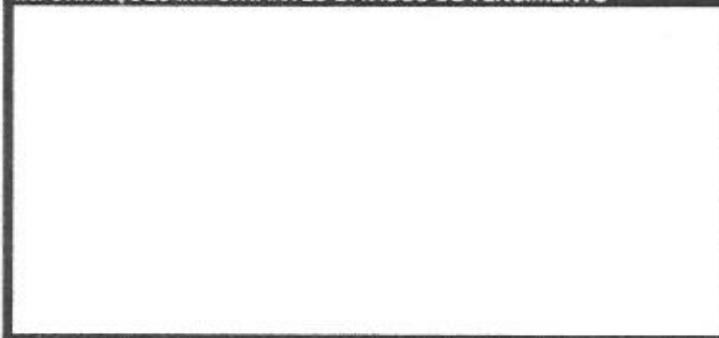
JUROS DO MES 0,22  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 1,57  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 5,30 )

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

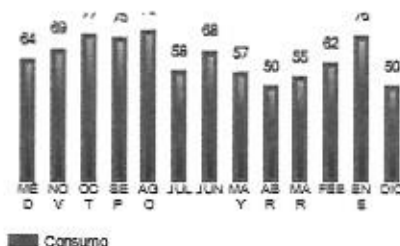
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 13,88

Conjunto CRATEUS

Mês JUL/ 2018

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,55              | 11,10 | 22,21 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,23              | 6,47  | 12,95 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 3,20              |       |       | 0,00                |       |       |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5021018-1 N° da Nota Fiscal: 542224683 Total a Pagar (R\$): 59,35  
Data de Emissão: 07/01/2019 Referência: SET/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

**End. Profissional:** Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                                             |                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Declarante:<br><u>Antônia Lucineide da Silva</u>            |                                | Nacionalidade:<br>Brasileira     |
| Residência:<br><u>Rua Francisco Rodrigues Domínguez, 50</u> |                                | Profissão:<br><u>Agricultora</u> |
| CPF nº:<br><u>019.005.503-02</u>                            | RG nº:<br><u>2001030045559</u> | Estado Civil:<br><u>Solteira</u> |
| Bairro:<br><u>Planalto</u>                                  | Cidade:<br><u>Crateús</u>      | Estado/UF:<br><u>CE</u>          |
| CEP:<br><u>63.700-000</u>                                   | Telefone:<br>_____             |                                  |

**DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 17 de Dezembro de 2018.

Antônia Lucineide da Silva  
(declarante)



**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA ELETRÔNICA**



**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**E DEFESA SOCIAL**  
Governo do Estado do Ceará

## VISUALIZAÇÃO

### ATENÇÃO!

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link 'Corrigir', localizado no canto superior direito de cada quadro.

**Confirmar**

#### Dados da Vítima

**Corrigir 1**

Nome: **ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA**  
Sexo: **Feminino** Data de Nascimento: **24/03/1983**  
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **1o. GRAU COMPLETO**  
Nome da mãe: **MARIA NILTA RODRIGUES**  
Nome do pai: **FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA**  
CPF: **015.005.503-02** RG: **2001030045559** Emissor: **SSP-CE**  
E-mail: Telefone: **(88) 99336-3202**  
Nasceu em: **CRATEUS - CE BRASIL**

Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES DAMIAO , 50** Complemento:  
Bairro: **PLANALTO** Cep: **63700-000** Ponto de Referência:  
Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **ALUGADA**  
País: **BRASIL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

#### Dados da Ocorrência

**Corrigir 2**

Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2018**  
Data: **27/10/2017** Hora: **09:00**  
Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Endereço: **R. CEL. LÚCIO** Complemento: **EM FRENTE AO SINDICATO**  
Tipo do Local: **VIA PUBLICA** Compl Tipo do Local:  
Bairro: **CENTRO** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

#### Veículo(s) Envolvido(s)

**Corrigir 3**

**1) PLACA HVI5731 TIPO DE VEÍCULO MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN COR AZUL**  
PROPRIETÁRIO **JOSIMAR MARIANO FERREIRA**

#### Descrição da Ocorrência

**Corrigir 4**

AFIRMO QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRA, SOFRI UM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA ANTERIORMENTE QUALIFICADA, O ACIDENTE OCORREU QUANDO REPENTINAMENTE UMA MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS DESCONHECIDAS QUE SEGUIA NA FRENTE PAROU E NESSE MOMENTO COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA E VIM A PERDER O CONTROLE E CAIR SOBRE O SOLO, APÓS FUI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS DE CRATEÚS/CE E NADA MAIS!

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

**Confirmar**

*\* Antonia Lucineide da Silva*





Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

|                                                |                     |                                                |                      |                     |
|------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Prontuário<br>018483                           | Atendimento<br>0007 | Nome do Paciente<br>ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA | CNS                  | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>Identidade: 2001030045559      |                     | Estado Civil<br>Solteiro(a)                    | Sexo<br>Feminino     |                     |
| Data de Nascimento<br>24/03/1983               | Local<br>CRATEUS/CE | Idade<br>34 Ano(s)                             |                      |                     |
| Pai<br>FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA           |                     | Mãe<br>MARIA NILDA DE OLIVEIRA                 |                      |                     |
| Endereço<br>RUA FRANCISCO RODRIGUES DAMIAO, 50 | Bairro<br>FATIMA I  | CEP<br>63700-000                               | Município<br>CRATEUS | UF<br>CE            |
| Profissão<br>AGRICULTORA                       | Empresa             | Cônjugue                                       |                      |                     |
| Responsável<br>MARIA NILDA DE OLIVEIRA         | CPF do Responsável  | Endereço<br>RUA FRANCISCO RODRIGUES DAMIAO, 50 | Município<br>CRATEUS |                     |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                        |                        |                                          |                                                  |         |
|--------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|
| Data Atendimento<br>27/10/2017                         | Hora<br>09:55          | Convênio<br>SUS                          | Matrícula                                        | CID     |
| Profissional do Atendimento<br>JAMIL SANCHES JORQUEIRA |                        | CRM/UF<br>6945/CE                        | Tipo Atendimento<br>CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO |         |
| Indicador de Acidente<br>Trânsito                      |                        | Funcionário<br>ANA CINTIA CARLOS PEREIRA |                                                  |         |
| Observação                                             |                        |                                          |                                                  |         |
| Sala                                                   | Data/Hora Liberação    | Tipo de Saída                            |                                                  |         |
|                                                        | ___/___/___ às ___ hs. | ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito        |                                                  |         |
| Sinais Vitais                                          |                        |                                          |                                                  |         |
| Peso (kg)                                              | Altura (cm)            | T (°C)                                   | P (bpm)                                          | R (mpm) |
|                                                        |                        |                                          | 49                                               | 100     |

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

Pronta em atendimento  
no ambulatório e o paciente  
ambos os membros  
inferiores com  
fratura da tíbia  
ambos os membros

Dr. Jamil S. Jorquira  
Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA NILDA DE OLIVEIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/01/2019 às 18:00, sob o número 01021115620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01021115620198060001 e código 4280885E.

# Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Crateús - CE, 18 de dezembro de 2017.

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: **ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA**, de prontuário **018483** portador do RG: **2001030045559** deu entrada nesta Unidade Hospitalar **27/10/2017 as 09:55h**. O nome de sua mãe como: **MARIA NILDA DE OLIVEIRA**, sendo que o correto é: **MARIA NILTA RODRIGUES**.

Em caso de dúvidas procure-nos no endereço: **Rua Hubaldino Solto Maior 1052, São Vicente Crateús-CE**, ou no telefone: **(88) 3691-2019**

  
Diana Quiróz Bezerra  
Gerente de Atendimento



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOSIMAR MARIANO FERREIRA**, RG sob nº **99098031634**, Órgão **SSP-CE**, portador do CPF nº **038.391.043-94**, com domicílio na cidade de **CRATEUS-CE**, no Estado de **CEARA**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **Rua Francisco Rodrigues Damião, nº.50, Fátima I**, DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA**, cujo o condutor era **ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA**.

Veículo: Ano: **MOTO HONDA 1995/1995**

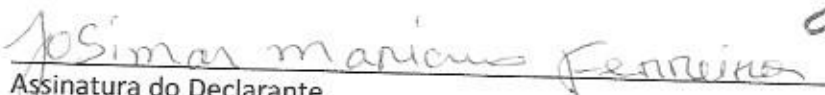
Modelo: **HONDA CG 125 TITAN**

Placa: **HVI 5731 CE**

Chassi: **9C2JC2501SRS98265**

Data do Acidente: **27/10/2017**

Local e Data: **Crateús-CE., 09 de Janeiro de 2018.**

  
Assinatura do Declarante  
**JOSIMAR MARIANO FERREIRA**



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

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>NIB 02<br>RECONHECIMENTO DE FIRMA<br>CG757.497<br><b>CARTÓRIO CAVALCANTE</b><br>Rua Cel. Lúcio, 569<br>Crateús - CE<br>Cerejo - Fone: 3691-0194<br>CRATEUS - CEARA | Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade<br><u>Josimar Mariano Ferreira</u>                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | Dou fé. CRATEUS-CE                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | Em Test. <b>09 JAN 2018</b><br>Verdade.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Belª Silvana Barreto Cavalcante<br><input type="checkbox"/> Fabiana Barreto Cavalcante<br><input type="checkbox"/> Valbete Cárdozo Barros Pimentel<br>VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE |

**CARTÓRIO CAVALCANTE**  
 3º Ofício Registro de Imóveis  
**ANTONIO IVAN SABOIA LOPES**  
 Escrevente Autorizado

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL     |                   |                   |  |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES             |                   |                   |  |
| DETRAN - CE                        |                   | Nº 6786332378     |  |
| 6786332378                         |                   |                   |  |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO |                   |                   |  |
| RCSO                               | 18531035056       |                   |  |
| VIA                                | COD. RENAVAM      | ENTR              |  |
| 01                                 | 649134133         | 0000000000        |  |
| NOME/ENDEREÇO                      |                   |                   |  |
| JOSIMAR MARIANO FERREIRA           |                   |                   |  |
| RUA ZECA ARAUJO 01012              |                   |                   |  |
| ***** FATIMA I                     |                   |                   |  |
| 63.700-000 CRATEUS - CE            |                   |                   |  |
| CPF/CGC                            |                   | PLACA             |  |
| 03839104394                        |                   | HVI5731           |  |
| NOME ANTERIOR                      |                   |                   |  |
| VALDERY CHAGAS DE MIRANDA          |                   |                   |  |
| PLACA ANT/UF                       | CHASSI            |                   |  |
| *****/PE                           | 9C2JC2501SR598265 |                   |  |
| ESPECIE TIPO                       |                   | COMBUSTIVEL       |  |
| PAS/MOTOCICLO/*****                |                   | GASOLINA          |  |
| MARCA/MODELO                       |                   | ANO FAB - ANO MOD |  |
| HONDA/CG 125 TITAN                 |                   | 1995 1995         |  |
| CAP/POT/CIL                        | CATEGORIA         | COR PREDOMINANTE  |  |
| 2P/125CV/124CC                     | ALUGUEL           | AZUL              |  |
| OBSERVAÇÕES                        |                   |                   |  |
| MOTOR: JC25E-SS98265               |                   |                   |  |
| *****                              |                   |                   |  |
| *****                              |                   |                   |  |
| *****                              |                   |                   |  |
| FRANCISCO QUINTINO VIEIRA NETO     |                   | DATA              |  |
| SUPERINTENDENTE                    |                   | 14/04/2007        |  |
| CHATELUS                           |                   |                   |  |



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA  
 Nº Sinistro: 3180181351  
 Vitima: ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA  
 Data do Acidente: 27/10/2017  
 Cobertura: INVALIDEZ  
 Procurador: JULIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180181351**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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**

Pag. 0105101052 - carta\_03 - INVALIDEZ



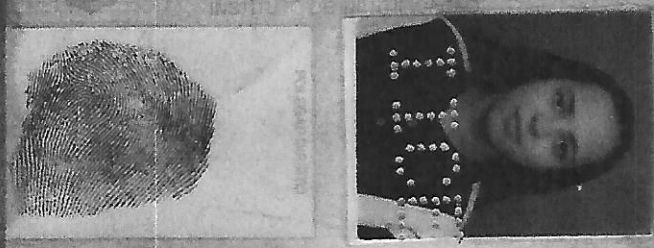
Carta nº 12719424

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Antonia Lucineide da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001030045539 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/7/2003

NOME ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA  
MARIA NILTA RODRIGUES

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 24/3/1983

DOC ORIGEM CERT.NASC. 5347 L A/06 F

73 S.FRAN. INDEPENDENCIA CE

SINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7 116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da Inscrição

**015.005.503-02**

Nome

ANTONIA LUCINEIDE DA SILVA

Nascimento

24/03/1983

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

Emissão  
Setembro/2003

**CORREIOS**  
www.correios.com.br