

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10354903

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170026807 ASL-0006712/17
Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA
Data Acidente: 10/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10375036

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Sinistro: 3170026807 ASL-0006712/17
Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA
Data Acidente: 10/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

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, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10457511

A/C: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Sinistro: 3170026807 ASL-0006712/17
Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA
Data Acidente: 10/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELISVANDO DE PAIVA LIMA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **000001754-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

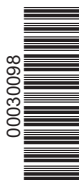
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



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, ELISVANDO DE PAIVA LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 200.301.509.5407 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 17/09/03 E
CPF 017855223-29 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AVILCULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELISVANDO DE PAIVA LIMA, 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 ou 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;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com limite de 300 mil reais);
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gerente Seguros DPVAT
Aldécio Fortileza / CE

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) 338 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1754-3

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.

09 de junho de 2016
LOCAL E DATA

Elisvando de Paiva Lima
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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CASCAVEL

DATA: 04/01/2017

HORA: 09:42:50

TERMINAL: 19581011

CONTROLE: 195810110077

AGÊNCIA: 1958 - CASCAVEL

CONTA: 013.00001754-3

CLIENTE: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

22/12

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

**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

Nome do(a) Examinado(a): Elisvando de Paiva Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Jd Primavera, 261
Jardim Primavera Cascavel CE CEP: 62850-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2003015095407
Data local do exame: [23/01/2017] Fortaleza [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)
**FX DO PUNHO ESQUERDO.
AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E
DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**
- 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
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- 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
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: AGOSTO DE 2016.
QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA,
DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.
Complicações: SEM.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(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.
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO E MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- 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 sequela 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): | Região Corporal (Sequela): |
| Membro superior - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- 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 valoração do dano corporal.

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


SaúdeSEG Andre de Oliveira Lasi
CRM 16506



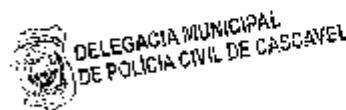
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

329000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 1418 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 20/04/2016 10:37:30
Data / Hora da Ocorrência : 10/03/2016 07:30:00
Endereço da Ocorrência: CHORO ESTRADA NOVA



ZONA RURAL, CASCAVEL, /CE

Ponto de Referência: ANTIGO BAR DA MARLI

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: ELISVANDO DE PAIVA LIMA
Nascimento : 08/11/1984
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: EDSON MARCOS LIMA
MARIA SOCORRO FREITAS DE PAIVA
Endereço: SIT CHORO ZABUMBA I
ZONA RURAL,
CASCAVEL CE BRASIL

Telefone: 85987364396

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; QUE no dia e hora acima especificados trafegava pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 DE PLACAS: OSF-2074, EM NOME DO REGISTRANTE; Que, no dia supra estava indo para seu trabalho na estrada carrozal, onde a pessoa conhecida apenas como síbete da eletrônica, construiu sem autorização da Prefeitura Municipal um quebra-mola, leito de picasta, sem sinalização; Que, o registrante ao passar pelo local na Madrugada, sofreu um acidente, pois não sabia que ali existia um quebra-mola que foi construído no dia 09/03/16; Que, o registrante firma que quando saiu para trabalhar o referido quebra-mola não estava no local; Que, o registrante afirma que ao cair ao solo quebrou o braço esquerdo em três cantos; Que, foi socorrido por populares e levado para o hospital local, onde foi medicado e liberado; Que, está com o braço enfaixado; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, CRLV DA MOTOCICLETA E GUIA HOSPITALAR; QUE COMPARECEU NESTA DP AS TESTEMUNHAS DE NOME MARIA ALDENI SILVA CARVALHO E ELIEDIA LIMA PEREIRA, QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTES PROCEDIMENTOS, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : P/O Rogerlani Gomes Sampaio
ROGERLANI GOMES SAMPAIO - MAT.: 169807-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Elisvando de Paiva Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : Marcia Janine Espindola
MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7

x Elidias Lima Pereira
x Maria Aldeni Silva Carvalho

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELISABETH DE PAIVA LIMA, portador da carteira de identidade nº 2003015095402 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.855.223-29, residente e domiciliado na 30 Primavera, Cidade Fortaleza, 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.

Elisabeth de Paiva Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza/CE 04-01-17

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Aldenor - Fortaleza / CE

ATO
DECLARATÓRIO

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof:000326-RODRIGO OTAVIO DUARTE MEDICO CLINICO URGENCIA
 ATENDIMENTO Nº:119656 EM: 10/03/2016 ÀS 07:36 CNS:

Paciente: ELISVANDO DE PAIVA LIMA Cod. Cliente: 57875
Data Nascimento: 08/11/1984 Idade: 31a 4m 2d Sexo: M Fone: 08592330672
Endereço: TRAV. WILSON BESSA PROX. ADALTO
Município: CASCAVEL Naturalidade: Bairro:
Mãe: MARIA DO SOCORRO FREITAS DE PA
Pai: EDSON MARCOS LIMA

Pai: EDSON CARLOS LIMA		Último Atendimento
Cod. Proced.: 0000000000	Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO	
Anotações Médicas		

CONDUITS:

CONDUTA: Trauma per accidente da moto con
possibile frattura in questo (E) e

DIAGNÓSTICO:

-----ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS
PESO: _____ TEMPERATURA: _____ PRESSÃO ARTERIAL: _____
-----PACIENTE-----CONTROLE-----

Atesto a realização do atendimento de acordo com os dados acima.

-CONTROLE FATUR
Hora do
Atendimento

Elvinda Lima Pereira
Ass. Paciente ou Responsável

Guia 119656

registrada por SILVIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 143
Aldobrota - Fortaleza / CE

Copia Conforme original

Adm. Francisco Edmundo L. de Lima
CRA: 9039
Administrador

15/04/2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELISVANDIO DE PAIVA LIMA

RG nº 20030150 95407, data de expedição 17 / 09 / 03, Órgão SSP/CE

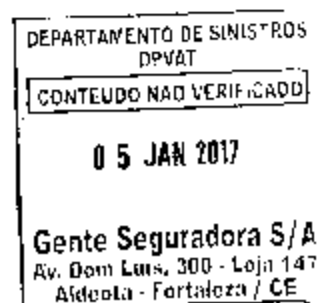
CPF nº 017.855.223-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JO PRIMAVERA</u>
Número	<u>061</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>JARDIM PRIMAVERA</u>
Cidade	<u>CRASQUEL</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3334.3305</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CRASQUEL/CE 04-01-17

Assinatura do Declarante: Elisvando de Paiva Lima



Nº DO CLIENTE

5567605-7

Para utilizar este atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A energia elétrica é fornecida sob a responsabilidade da Companhia Energética do Ceará, sendo a conta de energia emitida pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 190
CEP 60136-040 | Fortaleza - CE
CNPJ: 07342261/0001-70 | CEF 08.106.849-3

Código de barras

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 (SÉRIE 5-1) Nº

459440650

Nota 17 20020 14 106000 - 4

Data de Emissão

27/12/2016

Nome

GLAJCIA MARIA SILVA FERNANDES

End. Postal

JD PRIMAVERA 00261

JARDIM PRIMAVERA - CASCAVEL - 62850000

Medidor

6437655

Posto

0000 0000

Classe

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência

0,00

RG/CPF/CNPJ

031821143-28

CPF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data de Apresentação

Previsão

(Próxima Leitura)

Dez/2016 27/12/2016 24/01/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

180%

ÁREA DE RESERVAÇÃO CONTROLE FISCAL

CNPJ 0018 E100 E104 E107 2343 6075 2145

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual	Leil. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22745	22654	1,70	91	2,68	26	0,17548	0,47

Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
23,60	11,77	1,41	23,60	11,77	1,41	23,60	11,77

VALOR CONSUMO DO MES

23,60

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

11,77

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

1,41

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Descrição	Valor (R\$)
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41
Imposto	1,41

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137


110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137
110	91	80	65	92	171	118	167	111	117	121	137

110	91
-----	----

Sancti Spiritus de recondita
"016"



- ✓ Fazer sua adesão à União Quilme
- ✓ Enfiar 2ª via de cartão
- ✓ Converter o código de barras em pagamento
- ✓ Arrecarhar o consumo
- ✓ Receber o Pré-pago
- ✓ Gerenciar seu saldo no Qi Quilme

ENTRE EM OLCOM.BR/MINHAOIECADASTRE-SE.



CTGE FORTALEZA CE PLS
JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
ROD CE ZERO QUARENTA 2285 CA 2285
REF: PROXIMO AO POSTO SP
ZONA RURAL
62850-000 - CASCAVEL - CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE

PARA USO DOS CORREIOS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

RESPONSES

☐ DESCONEJADO☐ FALCIDE☐ **NO PROBLEM**

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO

ՀԱՅ-ՌՈՅՈՒՆ ☐

☐ RECUSADO

☐ ABSENT☐ EMPLOYEE INFORMATION

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 JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA, portador(a) do

RG nº 2008747508-6, expedido por SSP/CE, em

18 / 02 / 14, CPF/CNPJ nº 420.930.340-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ELISVANDO

DE PAIVA LIMA do sinistro de DPVAT da natureza ACIDENTE

da vítima ELISVANDO DE PAIVA LIMA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R\$ RECUSOU INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG / CPF / END

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aldeota - Fortaleza / CE

SISTEMA DE :



A MARGARIDA L. SEAU

FICHA AMBULATORIAL Convênio: SUS AMBULATORIO CONSULTA

Prof: 000326-RODRIGO OTAVIO DUARTE

MEDICO CLINICO

URGENCIA

ATENDIMENTO Nº: 119656

EM: 10/03/2016 Às 07:36

CNS:

Dados para Atendimento

Paciente: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Cod. Cliente: 57875

Data Nascimento: 08/11/1984 Idade: 31a 4m 2d Sexo: M

Fone: 08592330672

Endereço: TRAV. WILSON BESSA PROX. ADALTO

Município: CASCAVEL

Naturalidade:

Bairro:

Mãe: MARIA DO SOCORRO FREITAS DE PA

Pai: EDSON MARCOS LIMA

Último Atendimento

Cod. Proced.: 0000000000

Descrição: PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

Anotações Médicas

CONDUTA:

trauma por acidente de moto com
possível fratura em punho (C) e antebraço (D)

DIAGNÓSTICO:

ANOTAÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS

PESO:

TEMPERATURA:

PRESSÃO ARTERIAL:

---PACIENTE---

Atesto a realização do
atendimento de acordo
com os dados acima.

CONTROLE FATURAMENTO

Hora do

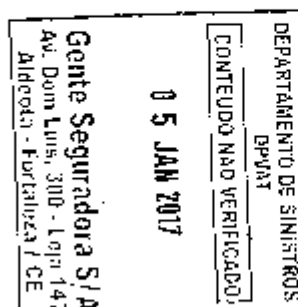
Atendimento



Elisvando de Paiva Lima
Ass. Paciente ou Responsável

Guia 119656

registrada por SILVIO



Cópia conforme original

Adm. Francisco Edson L. de Lima
CRA: 9039
Administrador

15/04/2016



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Identificação do Paciente

Paciente: Elisvando de Paiva Lima

Prontuário: 444461651 **Doc. Identificação N°** 2003015095407 - SSP/CE

Filiação: Maria do Socorro Freitas de Paiva

Data Nascimento: 17/09/2003

Origem: Cirurgia de Traumatologia

Período de Atendimento: 21/03/2016 a 23/03/2016

Convênio: SUS

Médico Assistente: Dr. Frederico Thales - CRM 11332

Conforme solicitação por escrito do paciente, procedemos ao seguinte
RELATÓRIO MÉDICO:

RESUMO DE INTERNAÇÃO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Paciente informa ser vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma no membro superior esquerdo.

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: Paciente apresentando quadro de dor, edema e deformidade no punho esquerdo;

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura da diáfise do punho esquerdo - **CID S52.3**

TRATAMENTO REALIZADO: restabelecimento da continuidade óssea por meio de osteossíntese com placa mais parafusos metálicos;

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS: Radiografia do punho;

CONDIÇÕES DE ALTA: Melhorado;

OBSERVAÇÕES: Paciente orientada a retornar com 15 (quinze) dias para revisão operatória no Ambulatório.

Maracanaú-Ce, 21 de Julho de 2016.

Dr. Dionísio Broxado Lapa Filho

Diretor Clínico

CRM 2257 CPF 132.852.464-72

Dionísio Broxado Lapa Filho

Diretor Clínico

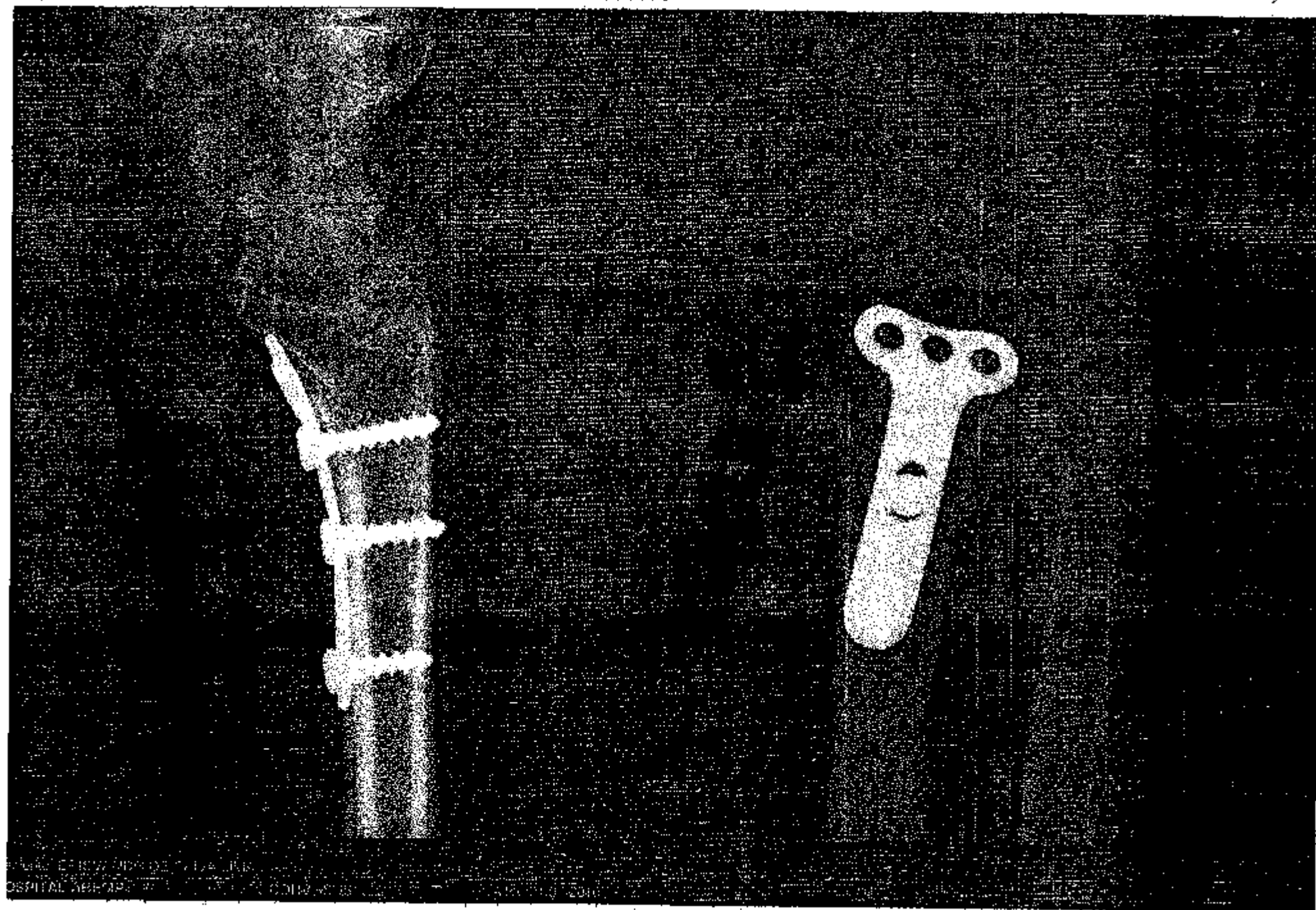
CRM 2257 - CPF 132.852.464-72

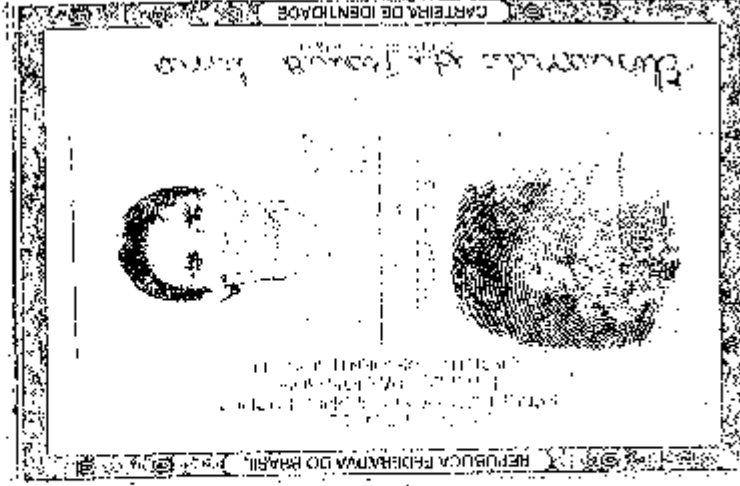
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis. 300 - Loja 147
Adeola - Fortaleza / CE





2003015095407 17/9/2003
ELISVANDO DE PAIVA LIMA

EDSON MARCOS LIMA E MARIA DO SO
CORRO FREITAS DE PAIVA

CASCABEL-CE 8/11/1984
CERT.NASC. 2970 L A/03 F
191V GUANACES/CASCABEL/CE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/62



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEUDO NAC VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/-
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldocoba - Fortaleza / CE

MINISTERIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

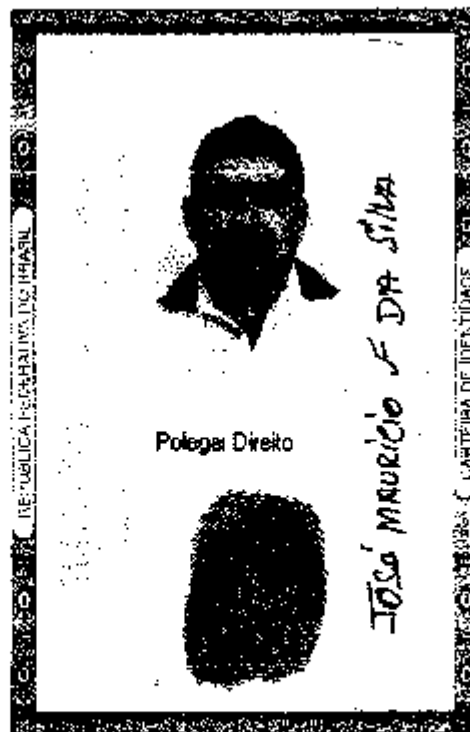
Número
017.855.223-29

Nome
ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Nascimento
08/11/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONTATOS
(85) 3334.3305 / 9919.9797
9402.3898 / 8758.4991



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2806747506 - 6
DATA DA EXPEDIÇÃO	18/02/2014
NOME	JOSÉ MAURÍCIO FERREIRA DA SILVA
FILIAÇÃO	JOSÉ CALIXTO DA SILVA MARIA REUSA FERREIRA DA SILVA
NATURALIDADE	PORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO	02/02/1972
TIPO DE ORIGEM	CERT. CASAM. C/ AVERB. DEY - CARTÓRIO: GUANACÉS TERMO: 673
FOLHA: 107 LIVRO: 8-02	CASCAVEL - CE
OFF 420.988.882-34	RE: ANT: 425601
1. VTA	P.: 1
ASSINATURA DO DETENTOR	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 141
Aldoberto - Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012851372205
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00557684933 B.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
ELISVANDO DE PAIVA-LIMA

CASCADEL /CE

CPF / CNPJ
01785522329

PLACA
08F2074/CE

PLAQUANTE / UF
/CE

CHASSI
9C2KC1670DR507609

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CNP / POT / CIL
2P/OCV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA IRVA

PARCELAMENTO / COTAS

1ª

2ª

3ª

4ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS CL



CE Nº 012851372205 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 27/06/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 01785522329 PLACA 08F2074

RENAVAM 00557684933 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1670DR507609

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAB (R\$) 129,04

DETRAN (R\$) 14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

TOTAL A PAGAR (R\$) 292,01

PAGAMENTO X COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 24/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.800/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KC16E7D507609

00761

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dona Luiza, 300 - Loja 1A
Aldesota - Fortaleza - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170026807

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Data do acidente: 10/03/2016

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170026807 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA **Data do acidente:** 10/03/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO PUNHO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 75%

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170026807

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELISVANDO DE PAIVA LIMA

Data do acidente: 10/03/2016

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFORMIDADE ÓSSEA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	ELISVANDO DE PAIVA LIMA		Nacionalidade:	BRASILEIRO
Estado Civil:	SOLTEIRO	Profissão:	TRABALHADOR NA AVICULTURA	Carteira de Identidade:
CPF nº:	047.855.22329	Residência:	2003015095407	
Bairro:	JARDIM PRIMAVERA	Cidade:	TRAVESSA JOANA DARC, 261	CEP:
		Estado:	CASCABEL	62850-000
			CE	

OUTORGADO:

Nome:	JOSE MARCIO FERRERES DO SILVA		Nacionalidade:	BRASILEIRO
Estado Civil:	divorciado	Profissão:	OUTONOMO	Carteira de Identidade:
CPF nº:	420.980.842-39	Residência:	2008747508-A	
Bairro:	DZO LUMINOSO	Cidade:	CAPIBARI	CEP:
		Estado:	CE	62850-000

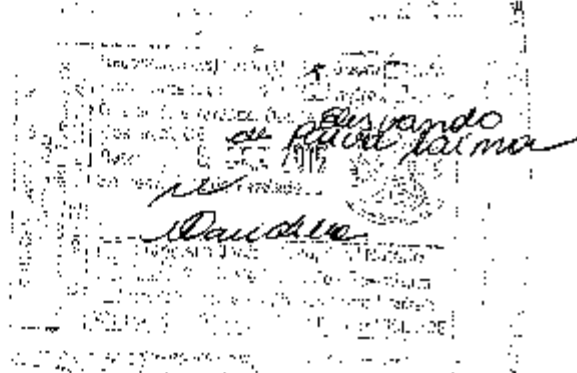
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ELISVANDO DE PAIVA LIMA ocorrido em 10 / 03 / 16, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cascabel 16 18 de DEZEMBRO de 2016.

Elisvando de Paiva Lima
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE