



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome JOSE ALVES PINTO		
Nacionalidade Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2007015009848 – SSPDS/CE em 12/11/2010		CPF 381.567.263-15
Endereço Rua Teofilo Amaro		Número 99
Bairro / Distrito Vila Azul		Complemento Casa
CEP 63.870-000	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) **SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 20 de Novembro de 2018.

Jose Alves Pinto

OUTORGANTE

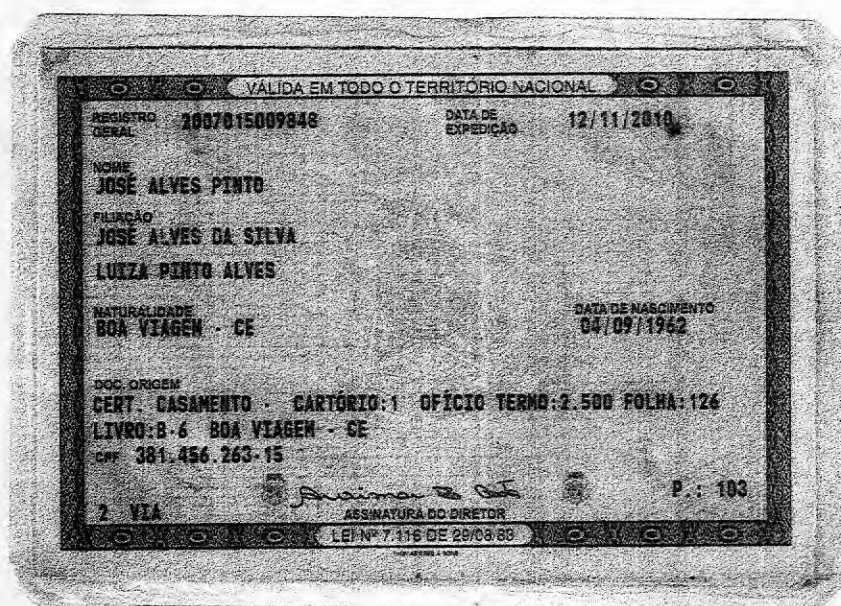
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome JOSE ALVES PINTO		
Nacionalidade Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2007015009848 – SSPDS/CE em 12/11/2010	CPF 381.567.263-15	
Endereço Rua Teofilo Amaro		Número 99
Bairro / Distrito Vila Azul	Complemento Casa	
CEP 63.870-000	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 20 de Novembro de 2018.

JOSE ALVES PINTO
Declarante





Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5580999 DV **5**

VENCIMENTO
22/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **549614808**

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 09 036040 02 029400 Medidor Poste
Nome JOSE ALVES PINTO 14181400 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU TEOFILO AMARO 00099 VILA AZUL BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 381.456.263-15 CGF
Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR., MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 7279 7230 1 49 0 49

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 13/11/2018
Prev. Próxima Leitura 14/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9DA4.82FA.874C.51B1.FEB6.D471.0BD0.7ABB

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 38,29 Alíquota 27% Valor do Imposto 10,33

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

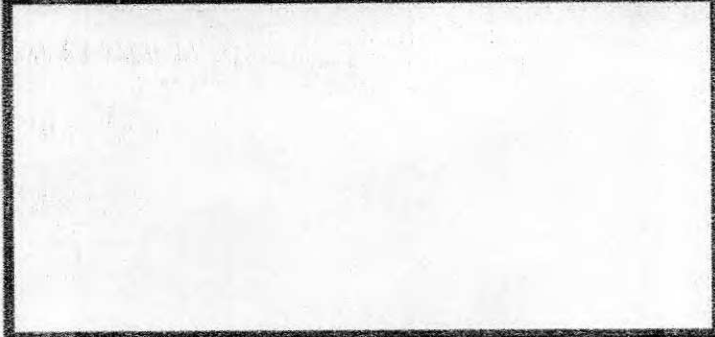
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -41,07
INDENIZACAO MENSAL DMIC -3,08
JUROS DO MES 0,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 5,68
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,33)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

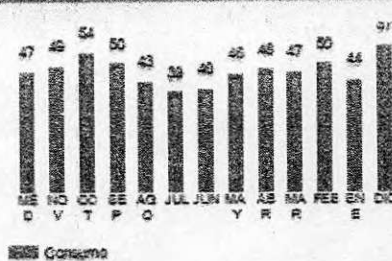
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,97

Conjunto MACAQUA

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	15,72	15,72	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,20			15,72		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **5580999-5** Nº da Nota Fiscal: **549614808** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **22/11/2018** Referência: **NOV/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI

DECLARANTE:

Nome JOSE ALVES PINTO		
Nacionalidade Brasileiro	Estado Civil Casado	Profissão Agricultor
RG (Registro de Identidade) 2007015009848 – SSPDS/CE em 12/11/2010		CPF 381.567.263-15
Endereço Rua Teofilo Amaro		Número 99
Bairro / Distrito Vila Azul		Complemento Casa
CEP 63.870-000	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

“Art. 299” – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Boa Viagem - CE, 20 de Novembro de 2018.

Jose Alves Pinto

DECLARANTE



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 434 - 123 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/02/2018 11:49:15**
Data / Hora da Ocorrência: **28/01/2018 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 020**
Complemento:
Bairro: Município: **BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ALVES PINTO**
Nascimento: **04/09/1962** CPF: **381.456.263-15**
RG: **2007015009848** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **LUIZA PINTO ALVES**
JOSE ALVES DA SILVA
Endereço: **RUA TEOFILO AMARO, 101**
Bairro: **CENTRO**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O queixoso informa que no dia, horas e local acima citado, la atravessando a BR 020, quando uma motocicleta não identificada e em alta velocidade, com farol apagado atropelou a vítima, o motoqueiro evadiu-se local do acidente sem prestar socorro a vítima, a vítima foi socorrido para o Hospital Casa de Saúde Adilia Maria em Boa Viagem e depois foi transferido para São Francisco em Canindé com fratura no braço esquerdo e fratura no pé esquerdo, onde passou por intervenção cirúrgica. Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

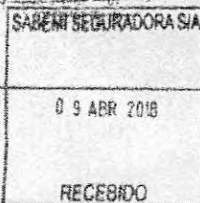
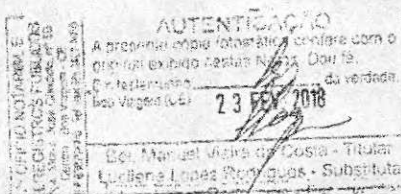
CLAUDIO SÉRGIO LANDIM BARROCAS - MAT.: 028488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Alves Pinto

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAGÃO MOTA - MAT.: 300591-1-5





Ocorrência

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro
 Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 28.01.18 HORÁRIO: 10:00 ATENDIMENTO Nº: 121

DADOS DO PACIENTE

NOME: Jose Alves Pinto SUS: _____

SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 04.09.1962 IDADE: 52 ESTADO CIVIL: solteiro

NOME DA MÃE: Luisa Alves Pinto DIGO: Luiza Pinto Alves

NATURALIDADE: PV PROFISSÃO: Agricultor RG: _____

ENDEREÇO: Tio Pils, muro 32 BAIRRO: V. Azul

CIDADE: PV ESTADO: CE TELEFONE: () _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO X

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MIN	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MIN
☐ Politraumatismo/TCE; ☐ Queimaduras grandes; ☐ Coma ou alteração consciência; ☐ Lesão da Coluna Vertebral; ☐ Desconforto Respiratório Grave; ☐ Dor no peito+claudicação+ falta de ar; ☐ Vômito+perda de consciência ou dor torax por mais de 30min; ☐ Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; ☐ Crise convulsiva; ☐ Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; ☐ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ☐ Hiper ou Hipoglicemia (diagnosticadas) ☐ Parada Cardiorrespiratória; ☐ Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); ☐ Hemorragia não controladas; ☐ Fraturas; ferimentos (cortes);	☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; ☐ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; ☐ História de convulsão; ☐ Dor torácica intensa; ☐ Crise asmática ou desconforto respiratório; ☐ Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ☐ Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ☐ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ☐ Epistaxe; ☐ Dor forte de qualquer natureza; ☐ Sangramento vaginal com dor abdominal; ☐ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ☐ Febre alta (39-40°); ☐ Luxações, entorse + dor intensa; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Acidente por animais peçonhentos; ☐ Broncoespasmo	☐ Idade superior a 60 anos; ☐ Pacientes escotados; ☐ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ☐ Asma fora de crise; ☐ Enxaqueca; ☐ Dor ouvido moderada a grave; ☐ Dor abdominal sem alterações sinais vitais; ☐ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ☐ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; ☐ Abscessos; ☐ Distúrbios neurológicos; ☐ Dor de cabeça intensa; ☐ Intercorrentes de doenças infecciosas; ☐ Dor de dente;	☐ Queixas sem alterações agudas; ☐ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; ☐ Demais situações não enquadradas anteriormente; ☐ Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

RECEBIDO

NOME: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

*Refere Acidente de Trabalho
Alcoólicas.*

PRESCRIÇÃO:

Trama punho (ES)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*- Vto. punho (ES) / apêndice
- R. punho (ES) / hiperplasia
- punho (ES) / hiperplasia
- punho (ES) / hiperplasia*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Este foi, depois, segundo parte o mesmo foi "atropelado por uma moto" apresentando fratura em punho E.

Fone: 07.806.680/0001-847

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro - CEP 63370-000
Fonc: (88) 3427-1136
Boa Viagem - Ce

DIREÇÃO GERAL

*Francisco Mendes Adão
MÉDICO
CRM 9272
CPF: 1.357.891-71*

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

Esta cópia confere com a original dos nossos arquivos.
Responsável pelo Setor

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro - CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
NOME DO PACIENTE: JOSE ALVES PINTO		
PRONTUÁRIO: 1317113	ENFERMARIA: POSTO 2	LEITO: 212
Data de Internação 29/01/2018	Data de Alta 03/02/2018	Tempo de Permanência DIA:

RESUMO CLÍNICO

Paciente 55 anos, admitido por FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO e foi submetido OSTEOSINTESE DE RÁDIO ESQUERDO. Com boa evolução pós operatória.

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

TERAPÊUTICA UTILIZADA

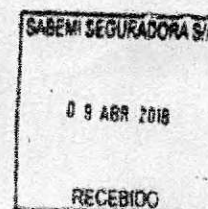
OSTEOSINTESE DE RÁDIO ESQUERDO

CONDIÇÕES DE ALTA

Marcar retorno com Dr. MARCUS JUSSIER.

Retornar ao hospital em caso de dor intensa, sangramento anormal ou outra anormalidade.

Assinatura e Carimbo do Médico	03/02/2018
	DATA DA ALTA



141 80009939

9.88.31.01.78
Marlene

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS / CEARA

FICHA DE REFERENCIA

CASA DE SAUDE AMILIA MARIA

RUA DE FLORESTA Nº 100 - JARDIM

BOA VIAGEM - CE

CEP: 63.111-110

1. PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS
2. ANamnese
3. EXAME FÍSICO
4. EXAMES DE LABORATÓRIO
5. EXAMES DE IMAGEM

UNIDADE DE ORIGEM: Casa de Saúde Amélia Maria
MUNICÍPIO: Boa Viagem

NOME: José Alves Pinto
SEXO: M
DATA DE NASCIMENTO: 04/04/62
OCCUPAÇÃO: Agricultor
ENDEREÇO: João Amaro 32
PAÍS: Vila Amélia

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: Externa
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: vítima de atropelamento

EXAME REALIZADO: Externa
DIAGNÓSTICO: Externa

Dr. Francisco Medeiros
MÉDICO RESPONSÁVEL
Nº REGISTRO: 2807/13

AGENDAMENTO: Ambulatorial
EXAME PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL: Ambulatorial
EXAME PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR: Ambulatorial
EXAME PARA ATENDIMENTO PROFISSIONAL: Ambulatorial

UNIDADE DE REFERÊNCIA: FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO: ALTA:

EXAME CLÍNICO / EXAME

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CID
SECUNDÁRIO 1: CID
SECUNDÁRIO 2: CID

INDICAÇÃO DE CONTINUAÇÃO DO SEGUIMENTO

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

EXAME CLÍNICO / EXAME

SABEMI SEGURADORA S/A
09 ABR 2018
RECEBIDO



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
 Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
 Praça Frei Aurelio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
 CEP: 62203-030 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
 Telefone: (065) 3343-2119 Fax: (065) 3343-1765 E-mail: shof@forminter.com.br



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
 Nome completo: _____
 CRM: Dr. Marcos Junior S. Duarte
 End. completo e telefone: Medico
 Cidade: _____ UF: _____

1ª Via: retenção da farmácia ou drogaria
 2ª Via: entrega ao paciente

Dr. Marcos Junior S. Duarte
 Médico
 CRM: 105.123

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

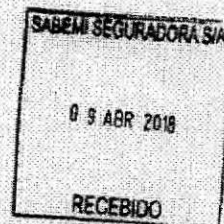
Paciente: José Alves Silva Cont. N° _____
 Endereço: _____

Prescrição: Amoxiclav 875mg
7 dias, 3 vezes ao dia, após as refeições
7 dias, 3 vezes ao dia, após as refeições
 Data: 03/02/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
 Nome: _____
 Identific. (CPF ou RG): _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
 Assinatura do Farmacêutico: _____
 Data: _____

CBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.





Dr. Francisco Reales

JOSE ALVES PINTO.

18-06-18

Atestado médico

Atesto pelos DEFIAS FINS que
JOSE ALVES PINTO, teve o acidente
de moto em 20-01-18

apresentando Fratura exposta do
punho (01), foi feito tratamento

cirúrgico com Redução, fixação e
colocação da Placa e parafusos.

Após o tratamento apresenta Bexiga
traumática e permanente, limitação
funcional grave e completa,

paralisia, dor crônica, perda da força muscular

Atestado definitivo de incapacidade de trabalho.

Dr. Francisco Reales Navarro
CRM 9272-CE

A ULTRASSONOGRAFIA COMO EXAME COMPLEMENTAR E DE IMAGEM, NECESSITA SER
CORRELACIONADA COM A CLÍNICA DO PACIENTE E INTERPRETADA PELO MÉDICO.



(/)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-
de-Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encami-
data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180315555 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ALVES PINTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOSE ALVES PINTO

CPF/CNPJ: 38145626315

Posição em 20-11-2018 11:13:21

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/09/2018	Negativa Técnica - Sequela não indenizável	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/G4__1uMfXBwms__X7api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzx0koIQbpsgnlYyNDZnrl+DA=)
07/08/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/__uLenSnh252w06rr
17/07/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cFp26algQig0dlCOQv
17/07/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nd4cE+2TI5YQ7EBTW

ACESSIBILIDADE



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES PINTO

Nº Sinistro 3180315555
Vítima: JOSE ALVES PINTO
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA CLENES DOMINGOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180315555**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **28/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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. 01037/01038 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 13360173



**TERMO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES PRESTADAS
E CONCORDÂNCIA COM PEDIDOS**

Eu, **JOSE ALVES PINTO**, brasileiro (a), **casado, agricultor**, portador (a) do RG sob o nº. **2007015009848**, expedido pelo órgão SSPDS-CE em **12/11/2010** e inscrito (a) no CPF sob o nº. **381.567.263-15**, residente e domiciliado (a) na **Rua Teófilo Amaro, nº. 99**, Bairro **Vila Azul**, comarca de **Boa Viagem**, estado do **Ceará**, CEP **63.870-000**.

Declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos que apresentei ao advogado **Dr. VINICIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado**, devidamente inscrito na **OAB/CE 1453**, com sede o escritório na **Rua Pça Mons. José Cândido, nº 103, Loja 01**, Bairro **Centro**, cidade de **Boa Viagem**, estado do **Ceará**, CEP: **63.870-000**, constituído para a finalidade de ajuizar á uma **Ação Cível**, contra a Seguradora Líder, administradora de seguros DPVAT, são verdadeiras e autênticas (fieis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos á época do acidente de transito).

Sendo assim, declaro nesta oportunidade que tive acesso a minha petição inicial e concordo com todos os pedidos elencados.

Por fim, fico ciente através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no **Art. 299 do Código Penal Brasileiro** e passível de apuração na forma da Lei. Além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações.

Por ser verdade, dou fé.

Boa Viagem – CE, 20 de Novembro de 2018.

JOSE ALVES PINTO

Declarante

Testemunha (1): Eliam Antonio Pereira
 CPF: 604.619.443-16

Testemunha (2): Clerton Rodrigues de Souza
 CPF: 603.403.193-13