Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº 10355808

a/c: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro:	**3160430904 ASL-0977655/16**
Vitima:	**DANIEL RODRIGUES SILVA**
Data Acidente:	**14/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2016

Carta n°: 9393355

A/C: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro:	**3160430904 ASL-0977655/16**
Vitima:	**DANIEL RODRIGUES SILVA**
Data Acidente:	**14/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2016

Carta n°: 9393356

A/C: DANIEL RODRIGUES SILVA

Sinistro:	**3160430904 ASL-0977655/16**
Vitima:	**DANIEL RODRIGUES SILVA**
Data Acidente:	**14/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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 o 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____

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 DANIEL RODRIGUES SILVA PORTADOR(A) DO RG Nº 2005028090812 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 28/10/05 E CPF 029532353-58 /CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO PEDREIRO E RENDA MENSAL DE R$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, 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 ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, FUNDO PREVIDENCIÁRIO, 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

COMPREV SEGUROS
PREVIDÊNCIA
RECEB 04 MAR 2016

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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 127-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 011590-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

VIÇOSA-CE, 25 de FEVEREIRO de 2016 — Daniel Rodrigues Silva
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

Bradesco

Correspondente do
Banco Bradesco S/A

LEO F. DE BRITO - ME
R SALUSTIANO DE PINHEIRO - CENTRO -
VICOSA DO CE
Data:15/02/2016 Hora de Brasília:11:41

Debesito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 08727 - VICOSA DO CEARA
Conta : [illegible]-0
Nome : DANIEL RODRIGUES SILVA

Depositante : 0 [illegible]
PAGAMENTO
Valor em dinheiro : 5,00
Valor em cheque : 0,00
Valor total : 5,00

Ag.Bradesco :0727 - VICOSA DO CEARA
Correspt.Banc.:063 - [illegible] LEO
BRITO
NSU: [illegible] Autenticação: [illegible]

O LEO F. DE BRITO - ME atua como
Correspondente Bancário do Banco
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

[illegible]
[illegible]

Rede: NSU:[illegible]
Hora:09:44:46

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 04 MAR 2016

3160166364

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

Policia Civil SEPOS-CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1773 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/11/2015 14:35:37
Data / Hora da Ocorrência: 14/07/2015 10:26:00
Endereço da Ocorrência: SIT CARRAPATEIRAS

ZONA RURAL VICOSA DO CEARA /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: DANIEL RODRIGUES DA SILVA
Nascimento : 19/12/1986
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: FRANCISCO DA SILVA TEXEIRA
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS RODRIGUES
Endereço: R SÃO FRANCISCO
ESCOLA NORNMAL 62300000
VICOSA DO CEARA CE BRASIL Telefone:

DOCUMENTO 1 "71%"

Histórico

O NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR,150,BROS ES, COR PRETA, ANO E MODELO 2007/2007, PLACA HYR 1845, CHASSI 9C2KD03307R033263, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO FRANCISCO NERES, QUANDO SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS COLIDIR EM UM ANIMAL CACHORRO, CHEGANDO ESTE A CAIR AO CHÃO E SOFRENDO LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MÉDICO E ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI INFORMADO. DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Edson Xavier L. Silva
EDSON XAVIER LIRA DA SILVA - MAT.: 300270-1-9
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel Rodrigues Silva
VISTO DO DELEGADO(A):
FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
29 FEV 2016
Data:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DANIEL RODRIGUES SILVA, portador da carteira de identidade nº 2005028030812 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.532253-58, residente e domiciliado na RUA ESCOLA NORMAL, Cidade VIÇOSA DO CEARÁ, Estado CEARÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) 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.

DOCUMENTO 3 "T3%"

COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 09 MAR 2016
2

Daniel Rodrigues Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

VIÇOSA DO CEARÁ, 25-02-2016

Local e data

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Hospital

Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde

DO CEARA

ATO DECLARATÓRIO

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

DOCUMENTO 2 *T2%*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

1-
2-
3-
4-
5-
6-

APRAZAMENTO:

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 04 MAR 2016

DESTINO:
( ) Alta ( ) Observação ( ) TRANSFERÊNCIA PARA:

Ana maria da silva
Assinatura do Usuário ou Responsável

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIEL RODRIGUES SILVA

RG nº 2005028098 12, data de expedição 20/10/05, Órgão SSP-CE

CPF nº 029532253-58, 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)	RUA ESCOLA NORMAL
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	ESCOLA NORMAL
Cidade	VIÇOSA DO CEARÁ
Estado	CEARÁ
CEP	62300-000
Telefone de Contato	(88) 994178006
E-mail	

COMPREV SEGUR... E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 04 MAR 2016
Nome:

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VIÇOSA DO CEARÁ, 25-02-2016

Assinatura do Declarante: Daniel Rodrigues Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

[illegible] sendo primeira a vez, informo-lhe o que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo que [illegible] no valor de [illegible] no endereço abaixo declarado, [illegible] comprovante de [illegible]

Nome

Nº do Documento

Endereço / Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Telefone de contato

E-mail

Nº do seu documento

Local e Data

Assinatura do Declarante

coelce

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06105.846-3
Rua Padre Valdevino, 150. CEP 60135-040. Fortaleza/CE.

Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE 4328815
MUNICIPIO VICOSA CEARA
NOME ANA MARCIA DA SILVA
ENDEREÇO RU ESCOLA NORMAL 00000 - LESTE

CEP 62.300-000
CPF/CNPJ: 038.471.083-28

	GRANDEZA		CÁLCULOS
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R$
01/2016	10/02/2016	67	32,83

COMPREV SEGUR E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 04 MAR 2016
Nome

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 32,83

coelce Boleto para Pagamento

COMPROVANTE COELCE

MUNICÍPIO VICOSA CEARA
ROTA 016.031140.01.00102345
TOTAL A PAGAR 32,83

Nº DO CLIENTE
4328815

83870000000-1 32830031000-4 00043288150-6 00031457294-5

DOCUMENTO 4 "T4%"

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO FRANCISCO NERES

RG nº 5468 5204-X, data da expedição 16/03/2010

Órgão SSP - CE, portador do CPF nº 150 989 168-44, com

domicílio na cidade de VIÇOSA DO CEARÁ, no Estado do

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO UBARI, nº S/N, complemento _____,

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha

propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

DANIEL RODRIGUES SILVA.

Veículo: MOTO
Ano: 2007 / 2007
Modelo: HONDA NXR 150 BROS ES
Placa: HYR 1845
Chassi: 9C2KD0330 7R033263
Data do Acidente: 14-01-2015

Local e Data: VIÇOSA DO CEARÁ, 19-01-2016

1º OFÍCIO

Antonio Francisco Neres

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 04 MAR 2016
Nº

1º OFÍCIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE
Reconheço por Autenticidade a firma de ANTONIO FRANCISCO NERES
Viçosa do Ceará, 19 JAN. 2016
Em Test. _____ da verdade.
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Maria Marly de Oliveira Carneiro
Escrevente

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Daniel Rodrigues Silva / Prof. Agricultor
Sexo: M (x) F ( ) DN: 29/12/86 Idade: 28a. Raça/Cor: Parda
Município de Origem: (x) Viçosa do Ceará ( ) Outro Município:
Endereço: B. Escola normal Telefone ( )
Cartão do SUS: 703 0028 8085 9976 RG: 2005028090812
Data do Atendimento: 14 / 07 / 2015 Hora: 10 : 26 Recepção:
Filiação: Mª do Socorro dos S. Rodrigues e Fco da Silva Teixeira

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 130 x 80 mm
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: ( ) Sem Dor ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Insuportá

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: ( ) Sim ( ) Não
Queixa Principal:
Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: ( ) Sim ( ) Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

( ) Acidente de Trânsito Data: / / Hora: : Alcoolizado: ( ) Sim (x) Não ( ) Ignorado
( ) Moto – Usando Capacete? ( ) Automóvel – Usando cinto de Segurança?
( ) Atropelamento Local:
( ) Acidente por arma branca ( ) acidente por arma de fogo ( ) acidente de trabalho ( ) Afogamento
( ) Choque elétrico ( ) Queda. De onde?
( ) Ingestão Acidental: ( ) Corpo Estranho ( ) Produtos químicos farmacêuticos
( ) Queimaduras: ( ) 1° grau ( ) 2° grau ( ) 3° grau Por: ( ) Água ( ) Óleo ( ) Álcool ( ) Elétrico
( ) Mordedura de Animais: ( ) Domésticos ( ) Selvagem
( ) Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: Data: / /

Assinatura do Profissional:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB 04 MAR 2016

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde

VIÇOSA DO CEARÁ

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

1-
2-
3-
4-
5-
6-

APRAZAMENTO:

Dr. Fábio Aguiar
Médico
CRM
MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

COMPREVIDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

DESTINO:

( ) Alta ( ) Observação ( ) TRANSFERÊNCIA PARA:

Ana marcia da Silva
Assinatura do Usuário ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

DANIEL RODRIGUES SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2065028070812 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2005

NOME DANIEL RODRIGUES SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO DA SILVA TEIXEIRA
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS
S

NATURALIDADE UBOSA DO CEARÁ DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
029.332.253-58

Nome
DANIEL RODRIGUES SILVA

Nascimento
07/02/1998

CORREIOS

DOCUMENTO 6 "T6%"

DOCUMENTO 6 "T6%"

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

29 FEV 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01031047847 0

CRDD | VIA 01 | COD. TENAVAM 948812249 | CHINTRC 0000000000 | EXERCÍCIO 2013

ANTONIO FRANCISCO NETO
VICOSA DO CEARA/CE

CPF/CNPJ 15098916844 | PLACA HYR1845
PLACA ANT/UF ******/CE | CHASSI 9C2KD03307R033263
ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC | COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES | ANO FAB 2007 | ANO MOD. 2007
CAP/POT/CIL ZP/0CV/149CC | CATEGORIA PARTIC | COR PREDOMINANTE PRETA

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) 286,75 | IOF (R$) 11,11 | PRÊMIO TOTAL (R$) 292,01 | DATA DE PAGAMENTO 09/07/2012

CARACTERÍSTICAS ******

LOCAL VICOSA DO CEARA | DATA 10/03/2014

CE Nº 01031047847 0 BILHETE DO SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
150989168 44 PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradivulga.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2013 | DATA EMISSÃO 10/03/2014
01 | CPF/CNPJ 15098916844 | PLACA HYR1845
RENAVAM 948812249 | MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB 2007 | MOD. 09 | CHASSI 9C2KD03307R033263

PRÊMIO TARIFÁRIO
DPVAT (R$) 129,04 | DETRAN (R$) 14,23 | CUSTO DO SEGURO (R$) 143,08
CUSTO DO BILHETE (R$) 4,05 | IOF (R$) 1,11 | TOTAL SEGURO SEGURADO (R$) 292,01
COTA ÚNICA | PAGO VENCIDO | PARCELADO | DATA DE OUTORGA 09/07/2013

DESPACHANTE
LOTE/DESEG 39583026 | SOR/DEST 04
MOTOR: KD03E39583026
www.seguradodivulga.com.br

PREVISÃO DE ENTREGA 04 MAR 16

DOCUMENTO 7