

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: Jose Wilson da Silva Filho		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Agricultor	Carteira de Identidade: 2008010172315	
CPF nº: 070.029.943-28	Residência: R. Pedro Alves de Oliveira, 623		
Bairro: Centro	Cidade: Atopiana	Estado: CE	CEP: 63.560-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, nº 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA** e **EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e dar quitação, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 28/08/2015

x Jose Wilson da Silva Filho

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Nome: <u>Jose Wilson da Silva Filho</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2008010172315</u>	
CPF nº: <u>070.029.943-28</u>	Residência: <u>R Pedro Alves de Oliveira, 623</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Acepiara</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>63.560-000</u>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 28 de agosto de 2015.

x Jose Wilson da Silva Filho

VÍTIMA JOSE WILSON DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Av. Nove de Julho, 4312, Jardim Paulista, São Paulo - 26, CEP: 01406-100

BENEFICIÁRIO JOSE WILSON DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 07002994328

Posição em 08-07-2015 10:44:24

Indenização creditada em 02/07/2015, no valor de R\$ 4.218,75, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
02/07/2015	R\$ 4.218,75	R\$ 0,00	R\$ 4.218,75

SINISTRO 2014750128 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WILSON DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Av. Nove de Julho, 4312, Jardim Paulista, São Paulo - 26, CEP: 01406-100

BENEFICIÁRIO JOSE WILSON DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 07002994328

Posição em 08-07-2015 10:44:24

Pedido de indenização consta como negado em sistema. Para mais informações procure procure o local em que o pedido de indenização foi analisado (ver endereço acima).

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

[Como dar entrada](#)

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT **– Site Oficial –**

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Autoatendimento](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150472971 - Resultado de consulta por beneficiário



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 6388 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2014 10:27:22**
Data / Hora da Ocorrência : **14/07/2014 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PAULINO FELIX**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE.

Ponto de Referência: **PADARIA DO BIDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ WILSON DA SILVA FILHO**
Nascimento : **15/07/1993**
RG: **2008010172315** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **JOSÉ WILSON DA SILVA**
ANTONIETA ALVES MATIAS
Endereço: **AV PEDRO ALVES 901**
CENTRO
ACOPIARA CE BRASIL Telefone:

Histórico

Advertido das penalidades previstas para o crime de "Comunicação falsa de crime ou de contravenção" (art. 340 do C.P.), informa o declarante que na data e hora acima mencionadas, conduzia o veículo marca HONDA NXR 150 BROS ES, placa NUX 7338, chassi 9C2KD0550BR521983, ano 2010, registrado em nome de JOSÉ HERANDIR BARBOSA DE SOUSA, quando passava pela Avenida Paulino Felix um outro veículo de placa não anotada colidiu com seu veículo, vindo cair no chão; Informa que não sabe identificar o veículo que colidiu com o seu; Informa também que seu irmão Claudio o socorreu para o Hospital Municipal Julia Barreto e que foi transferido para o Hospital Regional de Iguatu, onde passou por um intervenção cirurgica; E nada mais disse////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ARTU NETO LACERDA VIEIRA - MAT.: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Jose Wilson da Silva Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

AGENOR FREITAS DE QUEIROZ - MAT.: 006295-1-0

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACOPIARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE ACOPIARA
HOSPITAL MUNICIPAL JÚLIA BARRETOHospital Municipal
JÚLIA BARRETO

BPA

(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 04

Data: 7.2014 Horário: 03:17 Idade: 20 anos Sexo: M
 Pacie: *Paulo Wilson da Silva Filho*
 End. *Av. Pedro Alves 901 Acopiara - CE*
 Telefo: Doc.: de Identificação:
 Cartã:
 ESF d: *cooef*

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM/TRIAGEM (Horário: ____:____)

Class: de Risco: ☐ PA: T: PESO: HGT: P:



Nenhuma Dor



Um Pouco Mais de Dor



Tem Ainda Mais Dor



Tem Muita Dor



Tem Dor Máxima

Pontos:

Tabela 1

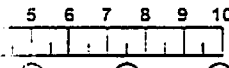
Escala de Dor para Recém-Nascidos-Neonatal Infant. Pain Scale (NIPS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contrada	
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	

Presença de dor > 3 pontos



Nenhuma Dor



Nenhuma Dor

Pontos:

Anota: Enfermagem: *escaneado + dor no braço*

DEPARTAMENTO
 Confere com Original
[Signature]
 Regular

ATENDIMENTO MÉDICO

História: *Enfermagem atual: homem com dor no braço e dor no abdômen, com febre, tosse e dor no peito.*Exame: *Exame físico: sem alterações.*Exame: *Exames complementares: Hemograma e urina.*Result: *Resultados: Hemograma normal, urina normal.*Diagn: *Diagnóstico: Infecção urinária.*Destin: *Destino: Tratamento ambulatorial.*Assin: *Assinatura do paciente ou responsável: Paulo Wilson da Silva Filho.*

NOME DO PACIENTE		ENFERMARIA	LEITO
DATA	PLANOS TERAPÊUTICOS E TRATAMENTOS	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES ASSINATURA E Nº DO COREN
	FUM-SILVD 2-CESTOMOFENO 30mg Tm 3-Dilbolta 6mc mg DE	3x20 3x20	pct colorido na lung após exames apoiada de peito por médico
	Original		

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

6-2

Digitado

DADOS DO PACIENTE

Nome JOSE WILSON DA SILVA FILHO				Prontuário/Atendimento 042539/0002					
Nascimento 15/07/1993		Local ACOPIARA		País Nacionalidade Brasil		Idade 20 Ano(s)			
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia		Estado Civil Solteiro(a)		Religião	
Documento RG : 2008010172315				CNS 180799910640000					
Endereço AVENIDA PEDRO ALVES		Nº 901		Bairro CENTRO		Município ACOPIARA-CE		CEP 63560-000	
Fone (88) 9216-4082		Profissão		Empresa		Fone Empresa			
Responsável				CPF do Responsável		Fone Responsável			
Endereço Responsável				Cônjuge					
Mãe ANTOINETA ALVES MATIAS				Pai JOSE WILSON DA SILVA					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/07/2014 12:52		Quarto/Leito 409-0002		Aposento ENFERMARIA		Clínica CL. CIRURGICA		Setor POSTO 4	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico SAMMUEL ANDERSON VIEIRA RODRIGUES						CRM 11672			
CID Principal S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada				CID Secundário S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada					
Observação									
Usuário GIZELE PEREIRA LEITE				Procedimento SUS				Sis prenatal	
Data Saída 28/07/14		Hora 10:05		Condição de Saída Alta hospitalar				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário.

Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital.

OBS: O Hospital não se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes.

IGUATU, 14 de julho de 2014.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: GIZELE PEREIRA LEITE

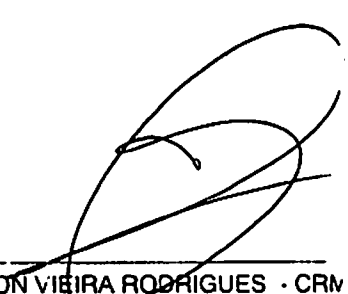
Assinatura do responsável

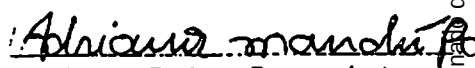
Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

Prontuário: 042539 Atendimento: 0001 CNS: 160799910640000 Guia Aut:
Paciente: JOSE WILSON DA SILVA FILHO Sexo: M
RG : 2008010172315 Nascimento: 15/07/ 993 Local: ACOPIARA/CE Idade: 20 Anos(s)
Mãe: ANTOIETA ALVES MATIAS
Pal: JOSE WILSON DA SILVA Telefone: 88 92164082 CEP: 63560-000
Endereço: AVENIDA PEDRO ALVES, 901 UF: CE
Bairro: CENTRO Município: ACOPIARA
Profissão: Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: ADRIANA MANU PAIVA
Endereço: AVENIDA PEDRO ALVES, 901 Município: ACOPIARA UF: CE
Data Atendimento: 14/07/2014 Hora: 11:23 CID: Sala:
Médico: SAMMUEL ANDERSON VIEIRA RODRIGUES CRM/UF: 11672/CE
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA Funcionário: CRISTIANE ISIDIO DE SOUZA
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

fr do pulso E
ad: diminuída p/ arteria
02/C


SAMMUEL ANDERSON VIEIRA RODRIGUES - CRM: 11672


Assinatura Paciente/Responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO BENTO DA ROCHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/12/2015 às 10:46, sob o número 02143330620158060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0214333-06.2015.8.06.0001 e código 1E40F7B.



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

AUTORIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

1- NOME DO PACIENTE

6- Nº do Protocolo

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADOR/

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39- CNPJ DA EMPRESA

40- CNAF DA EMPRESA

41- CBOR

35- () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42- VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD. ÓRGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

47- Nº DO DOCUMENTO DO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48- DATA DA AUTORIZAÇÃO

49- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU

NOME DO PACIENTE: José Wilson da Silva Filho

DATA DA OPERAÇÃO: 27/07/2014

ENF: AP

LEITO: 11-02

OPERADOR: Dr. Sammuel Rodrigues

ANESTESIA: Dr. Barbosa

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de Plexo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura da ulna E;

TIPO DE OPERAÇÃO: tratamento cirurgico de fratura da ulna E;

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: fratura da ulna E;

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA: não houve;

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SIM

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: não houve;

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. DDH sob bloqueio de plexo;
2. Assepsia + anti-sepsia;
3. Aposição de campos cirurgicos;
4. Acesso direto à ulna E;
5. Redução aberta da fratura e fixação da fratura ccm 01 FK 2,5mm;
6. Aproximação de planos;
7. Sutura de pele;
8. Curativo estéril;

Dr. Sammuel Rodrigues
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 11672

LAUDO MÉDICO

NOME DA VITIMA: José Wilson da Silva FilhoDATA DO ACIDENTE: 14/07/14

Atento para os dados que José Wilson da Silva Filho, teve acidente de trânsito dia 14.07.14, apresentando fratura de osso em antebraço esquerdo, fratura completa, trauma em membro inferior esquerdo.

Foi feito atendimento médico conservador e sessões de fisioterapia.

Atualmente apresenta sequelas musculares e permanentes, limitação funcional grave e completa, dor crônica, de forma constante.

Perda da força muscular, instabilidade, alteração de marcha, dependência para executar suas atividades de rotina.

Acopiara
30/10/14

LOCAL/DATA

Dr. Francisco Reales Navarro
Médico
CRM: 9272
CPF: 054.357.897-61

ASSINATURA DO MÉDICO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
070.029.943-28

Nome
JOSE WILSON DA SILVA FILHO

Nascimento
15/07/1993

VALE SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
2008010172315

DATA DE EXPEDIÇÃO
2/6/2008

NOME
JOSE WILSON DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO
JOSE WILSON DA SILVA E ANTONIA A ALVES MATIAS

NATURALIDADE
ACOIARA-CE

DATA DE NASCIMENTO
15/7/1993

CERT.NASC. 10986 L A35 F
162 QUINCOE-ACOIARA/CE

CPF

ASSINADORA DIRETOR

LEI Nº 118 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
926A.8C9F.3ED2.A48B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 11:15:46 de dia 04/12/2012 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

JOSE WILSON DA SILVA FILHO
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERTO BENTO DA SILVA e TITULAR de J...
 Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/past...> ou portal.pq/abrirConferenciaDocumento.do ou pelo telefone 0800 040 0000 e código 02143330620158060001.


Cagece
Companhia de Água e Esgoto do Ceará
Av. Lauro Vieira Chaves, 1010 - Vila União CP 1118 - Fortaleza - CE - CEP: 61.420-280
CNPJ: 07.049.913-0001-97 | E-mail: atendimento@www.cagece.com.br

Fatura Normal
2ª Via

Nome:
JOSE WILSON DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ do Cliente:
070.029.943-28

Endereço:
RU PEDRO ALVES DE OLIVEIRA, 623, CENTRO

Hid: A09F059789

Cidade:
ACOPIARA

Cep:
63.560-000

Data Leitura:
06/05/2014

Leitura Atual:
770

Leitura Anterior:
753

Endereço de Entrega da Fatura:

2566682-7

026.004.00.142.00.0046.0000.6

05/2014

31/07/2014

RESIDENCIAL
001

COMERCIAL
000

INDUSTRIAL
000

PÚBLICA
000

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MAI/2014	17	13

02/06/2014

57,24

DESCRIÇÃO	PARCELAS	VALOR (R\$)
AGUA		33,26
ESGOTO		22,72
MULTA DE 2%	1/1	0,86
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,40

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE


Cagece
Companhia de Água e Esgoto do Ceará
Av. Lauro Vieira Chaves, 1010 - Vila União CP 1118 - Fortaleza - CE - CEP: 61.420-280
CNPJ: 07.049.913-0001-97 | E-mail: atendimento@www.cagece.com.br

Fatura Normal
2ª Via

Nome:
JOSE WILSON DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ do Cliente:
070.029.943-28

Endereço:
RU PEDRO ALVES DE OLIVEIRA, 623, CENTRO

Hid: A09F059789

Cidade:
ACOPIARA

Cep:
63.560-000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

2566682-7

026.004.00.142.00.0046.0000.6

02/06/2014

57,24

82660000000-2 57240009100-3 02566682701-6 01000331025-6



CONSERVACIÓN

PARA CÁLCULO DO TOTAL, A PAGAR EM REAIS:
- APLICAR O PERCENTUAL DO ICF SOBRE O PRÊMIO LÍQUIDO.
O TOTAL É IGUAL A SOMA DO PRÊMIO LÍQUIDO + ICF.
O SEGURO OBRIGATORIO DO VEICULO É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS QUE SAÍREM DO PAIS POR SUA CARGA, E PESSOAS TRANSPORTADAS OU MÃO-DE-OBRA, É PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEICULOS.
O SEU SEU SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT - É INDEPENDENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU QUOTA ÚNICA DO POSTO DE PROPRIETÁRIO DE VEICULO; AUTOMÓVEIS-PAVÃO VENCIMENTO DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE EM MESMA DATA.
É IMPORTANTE RESALTIAR QUE, NÉ O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOI PAGO, O VEICULO NÃO ESTÁRA DEVIDAMENTE LICENCIADO. (ART. 1º RESOLUÇÃO CONTRAN 72/198)
- 5% (QUINENTA E CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO. É REMISSÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA - HOSPITALAR DOS SEGURADOS VITIMADOS EM ACIDENTES DE TRÂNSITO. (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 1612, AUTUADO PELO PARÁGRAFO 1º DO ART. 78 DA LEI 9.502)
- 5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO É REPASSADO MENSALMENTE AO COORDENADOR DO SISTEMA NACIONAL DE TRÂNSITO PARA APLICAÇÃO EXCLUSIVA EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.502 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar
Centro - Rio de Janeiro