



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jonas Resende Barbosa</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Estudante</i>	Carteira de Identidade: <i>06562123577 detron-ce</i>	
CPF nº: <i>054.093.043-14</i>	Residência: <i>Rua Dr. João Tomé, nº 357</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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

CRATEÚS - CE., 20 de Fevereiro de 2019.

Jonas Resende Barbosa
 (outorgante)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
JONAS RESENDE BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
481602124 SSP SP

CPF 054.093.043-14 DATA NASCIMENTO 06/04/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO BARBOSA DE SOUZA
MARIA RESENDE DE SOUZA

PERMISSÃO PERMISSÃO ACC CASAB AB

Nº REGISTRO 06562123577 VALIDADE 03/02/2017 1ª HABILITACAO 04/02/2016

OBSERVAÇÕES

Jonas Resende Barbosa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CRATEUS, CE DATA EMISSAO 15/02/2016

Jonas Resende Barbosa
ASSINATURA DO EMISSOR

12216096356
CE149560818

DEFENSA CIVIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1233752640

PROIBIDO PLASTIFICAR
1233752640



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Jonas Resende Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Residência: <u>Rua Dr. João Tomé, N.º 357</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
CPF nº: <u>054.093.043-14</u>	RG nº: <u>06562123577 detron-a</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone:	

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 20 de Fevereiro de 2019.

Jonas Resende Barbosa
 Declarante



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranyasantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Jonas Resende Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Residência: <u>Rua Dr. João Tomé, Nº 357</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
CPF nº: <u>054.093.043-14</u>	RG nº: <u>06562 123577 detron de</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ceara</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone:	

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

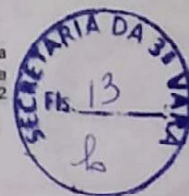
Crateús - ce, 20 de fevereiro de 2019.

Jonas Resende Barbosa
 (declarante)

nel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 562260569
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



a segunda via de

FEV/2019

o n° abaixo sempre
 entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

5205264

dv/8

VENCIMENTO

22/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

113,61

DESCRIÇÃO DA CONTA

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 038000 23 0337510

Medidor

Poste

Nome MARIA RESENDE SOUSA

23529212

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
 Consumidora

RU DR JOAO TOME 00357 CENTRO CRATEUS 63700049

RG / CPF / CNPJ 280.561.508-54

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 14142

13961

1

181

0

181

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
 Apresentação

Prev. Próxima
 Leitura

15/02/2019

18/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F07C.1650.CC4B.5C0B.FDEF.DCAB.69AD.ED3E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

88,48

Alíquota

27%

Valor do Imposto

34,48

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZACAO MENSAL DMIC

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

-3,71

2,32

10,60

15,92

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

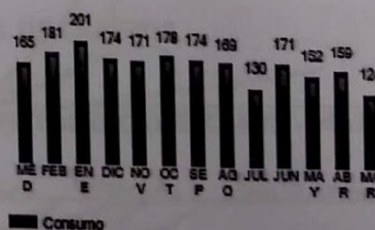
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 38,09

Conjunto

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	7,94	11,12	14,70
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	4,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5205264-8

N° da Nota Fiscal: 562260569

Total a Pagar (R\$): 113,61

Data de Emissão: 20/02/2019

Referência: FEV/2019

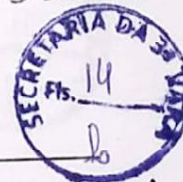
N° de Controle: 0005205264 00075 4376 2 76

83820000001-0 13610031000-9 00052052640-6 00754376262-6





33/33/ 3270655620



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3290 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/10/2016 13:57:30**
Data / Hora da Ocorrência: **19/05/2016 13:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOÃO TOMÉ, 357**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JONAS RESENDE BARBOSA**
Nascimento: CPF: **054.093.043-14** UF:
RG : Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA RESENDE BARBOSA**
ANTONIO BARBOS DE SOUSA
Endereço: **RUA JOÃO TOMÉ, 357** CEP:
Bairro: **CENTRO** Município: **CRATEUS/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA 19 DE MAIO DE 2016, APROXIMADAMENTE ÀS 13:30HS, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, UMA HONDA TITAN 150 EX, PLACA OIE 6670, DE COR PRETA, QUANDO NA ALTURA DA AVENIDA SARGENTO HERMÍNIO, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA BEIRA-RIO, DEPAROU-SE COM UMA CADELA, QUE SURTIU REPENTINAMENTE NO MEIO DA VIA, VINDO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE CAIU AO SOLO, VINDO A LESIONAR O QUEIXO; QUE RECEBEU AJUDA DOS FRENTISTAS DO POSTO DE GASOLINA PRÓXIMO AO ACIDENTE; QUE LIGOU PARA O SEU PAI E SUA NAMORADA IREM BUSCÁ-LO; QUE SUA NAMORADA APARECEU, JUNTAMENTE COM A MÃE DELA, PARA SOCORREREM-NO; QUE APÓS ISSO, DESLOCOU-SE ATÉ AO HOSPITAL. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jonas Resende Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULO RENATO MOREIRA SALES DE ALMEIDA - MAT.: 300564-1-8



TERMO DE DEPOIMENTO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3290 / 2016

Aos 6 dia(s) do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 14:22 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **PAULO RENATO MOREIRA SALES DE ALMEIDA**, Delegado(a), comigo **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **EUZA DE CARVALHO COSTA**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), 1o. grau incompleto, filho(a) de **MANUEL ALVES DA COSTA** e **LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO COSTA**, natural de Nova Russas/CE, CPF: 255.499.468-40, residente à Rua Washington Vale, 597, Venâncios - Crateus/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, É MÃE DA NAMORADA DO ACIDENTADO; QUE SUA FILHA INFORMOU QUE SEU NAMORADO HAVIA SE ACIDENTADO DE MOTOCICLETA, PRÓXIMO AO POSTO BEIRA-RIO, SENDO SOCORRIDO PELO PAI; QUE NÃO RECORDA O DIA EM QUE RECEBEU A INFORMAÇÃO. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A):

DEPOENTE:

ESCRIVÃ(O):

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

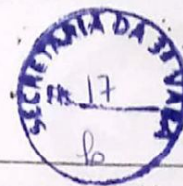
**TERMO DE DEPOIMENTO****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3290 / 2016**

Aos 6 dia(s) do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 14:16 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **PAULO RENATO MOREIRA SALES DE ALMEIDA**, Delegado(a), comigo **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **CARLA MANUELA COSTA RODRIGUES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), alfabetizado, estudante, filho(a) de **MANOEL SOARES RODRIGUES** e **EUZA DE CARVALHO COSTA**, nascido(a) em 10/02/1994, natural de São Paulo/SP, residente à Rua Washigton Vale, 597, Venancios - Crateus/CE, telefone (88) 9317-2678. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, É NAMORADA DO ACIDENTADO; QUE POR VOLTA DE 13:30HS DO DIA 19/05/2016, RECEBEU UMA LIGAÇÃO DE SEU NAMORADO DANDO CONTA DE QUE O MESMO HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA; QUE O ACIDENTADO PEDIU PARA QUE A DECLARANTE FOSSE PEGAR SUA MOTOCICLETA NO LOCAL, POIS O MESMO ESTAVA INDO, JUNTAMENTE COM O SEU PAI, PARA O HOSPITAL. . E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : _____

DEPOENTE : _____

ESCRIVÃ(O) : _____



DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 110705	Atendimento 0001	Nome do Paciente JONAS RESENDE BARBOSA			CNS		Guia de Autorização		
Documento(s) Identidade: 481602124									
Data de Nascimento 06/04/1992		Local CRATEUS/CE			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino		
Pai ANTONIO BARBOSA DE SOUZA		Mãe MARIA RESENDE DE SOUZA			Idade 24 Ano(s)				
Endereço RUA DR JOAO TOME, 357		Bairro CENTRO		CEP 63700-000		Município CRATEUS		UF CE	
Profissão ESTUDANTE		Empresa		Cônjugue		Telefone 889921844			
Responsável ANTONIO BARBOSA DE SOUZA		CPF do Responsável		Endereço RUA DR JOAO TOME, 357		Município CRATEUS			

DADOS DO ATENDIMENTO										
Data Atendimento 17/05/2016	Hora 23:57	Convênio SUS	Matrícula		CID					
Profissional do Atendimento NAILTON GRYEK DE CASRTO FERNANDES			CRM/UF 9575/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO					
Indicador de Acidente			Funcionário MIKAELY SOARES GOMES							
Observação										
Sala			Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito					
Sinais Vitais			T (°C)		P (bpm)		R (mpm)		PA (mmHg)	
Peso (kg)			Altura (cm)							

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

Paciente com lesão wito profunda em região
mentoniana de aproximadamente 3cm. além de
leve edematoses pelo wito.

- Limpeza com água / ANESTESIA com LIDOCAINA /
SUTURA com NYLON 3.0 / HEMOSTICO DUMS

NAILTON GRYEK DE CASRTO FERNANDES - CRM: 9575

Dr. Manoel Rafael de Souza

CRM-PT 5020 / CRM-CE 15455

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIO BARBOSA DE SOU

Guia de atendimento - CONSULTORIOS



Profissional	Atendimento	Nome do Paciente		DADOS DO PACIENTE		CNS	Guia de Autorização
770709		Jenaro Rende Barbosa				7090323361137	18
Documento(s)						Estado Civil	Idade
							M
Data de Nascimento	Local						
06/04/1992							
Paí							
Antônio Barbosa de Souza							
Endereço	Bairro	Mãe	CEP	Município	UF	Telefone	
Av. Tomé, N° 357	Centro	Maria Rende de Souza				(88) 9218-4	
Profissão	Empresa	Cônjuge					
Consultante							
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF			

Data Atendimento		Hora	Convênio	DADOS DO ATENDIMENTO		Matrícula	CID
19/05/2016		14:02	SUS				
Profissional do Atendimento				CRM/UF	Tipo Atendimento		
Indicador de Acidente				Funcionário	Gomes Hilda de Araujo		
Observação							
Sala				Data/Hora Liberação	às hs.		
Sinais Vitais				Tipo de Saída		() Alta () Internação () Óbito	
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)		
			80		120x		

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

Torce ferre Coim de 05/08/98
moto (sic) acidentado no
Pêlo (E)

1. RX pêlo AP/P.
2. Pêlo ortopêdo (sic fratura)
3. Votter 75 JM → 14:50

Gilvan Melo Mamede
MÉDICO
Carimbo e Assinatura do Médico
CREMÉC-1

Contato 12
Mun?
Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16761

Assinatura Paciente/Responsável



DR. RAIMUNDO NONATO TORRES DE MELO

CRM: 2867

RELATORIO MÉDICO

Relato que JONAS RESENDE BARBOSA
vítima de acidente com fratura da região
mentoniana de aproximadamente 3 cm
de extensão, leve ferimento no
abd. e escoriações no dorso (E) parte
da qual (E) trata-se conservando
a vítima em 04.12.2017

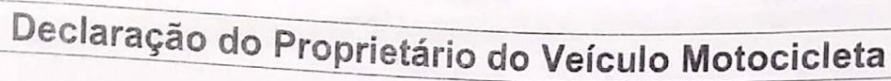
Dr. Raimundo N. Torres de Melo

Dr. Raimundo N. Torres de Melo
Médico
CRM: 2867

PACIENTE: Jonas Resende Barbosa

OBS: ART. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia contra, 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 fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012261651374

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 01 0101090154 0000000000 2015

NOME: JONAS RESENDE BARBOSA
CRATEUS

PLACA 03409304314

PLACA ANT./UF: 03409304314 /CE

PAS/MOTOCICLO/VEICULO: 902KC1660ERO32168

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX

CAP/POT/CIL: 2P/OCV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

VENO: 1º

PREMIUM: 1º

PREMIUM: 2º

PREMIUM: 3º

PREMIUM: 4º

PREMIUM: 5º

PREMIUM: 6º

PREMIUM: 7º

PREMIUM: 8º

PREMIUM: 9º

PREMIUM: 10º

PREMIUM: 11º

PREMIUM: 12º

PREMIUM: 13º

PREMIUM: 14º

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012261651374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 24/12/2015

VIA: 01 CFF/ONPJ: 05409304314

RENAVAM: 0101090159

PLACA: 03409304314

VEICULO/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB: 2014

DATA: 09

CHASSI: 902KC1660ERO32168

PREMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$): 129,04

DE-ATRA (R\$): 14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

COTA UNICA: 4,15

PAGAMENTO: 1,11

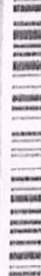
DATA DE COTAÇÃO: 21/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.8610001-04

www.seguradoralider.com.br

04594



Este documento é cópia do original assinado digitalmente por MARCOS AURELIO MARQUES NOGUEIRA. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br>, informe o processo 000000002H7



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JONAS RESENDE BARBOSA
Nº Sinistro: 3170655620
Vítima: JONAS RESENDE BARBOSA
Data do Acidente: 19/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3170655620), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 19/05/2016. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

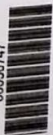
Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01193/01484 - carta_04 - INVALIDEZ

00050747



Carta nº 12158918