
Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170625660

Vitima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170625660**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170625660

Vitima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

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 **3170625660**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/06/2017**. 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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170625660

Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170625660** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima	
---------------------------	---------------	-------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Vitor da Silva	CPF titular da conta 0911018533-02	Profissão Servente
Endereço Av. Francisco Lemos Marques	Número 580	Complemento Casa
Bairro Cidade Prazer	Estado Ceará	CEP 6200-000
UF	Teléfone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
0704	10 2553	07	07
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena assinatura do valor indenizado.

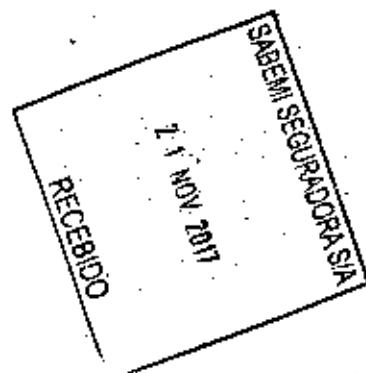
Brasília-CE, 30 de Outubro de 2014
Local e Data

SABEMI SEGURODA LÍDER
21 NOV 2017
RECEBIDO

José Vitor da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

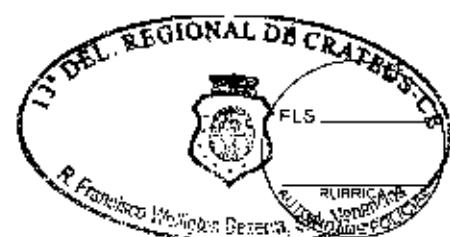


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3276 / 2017****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 16/08/2017 09:46:17****Data / Hora da Ocorrência: 03/06/2017 23:00:00****Endereço da Ocorrência: AVENIDA BENONY MOURÃO FILHO****Complemento: BEIRA DA PISTA****Bairro: VENÂNCIOS****Município: CRATEUS/CE****Ponto de Referência:****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: JOÃO VIEIRA DA SILVA**

Nascimento: _____ CPF: _____

RG: 365917618

Orgão Emissor: SSPDS

UF: CE

Filiação: BALBINA SOARES DA SILVA

SEBASTIÃO VIEIRA DA SILVA

Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589

Bairro: FREI DAMIÃO

Município: CRATEUS/CE

CEP: _____

País: BRASIL

Telefone: _____

Nome: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES

Nascimento: 24/11/1984 CPF: 012.928.313-40

RG: 58.85.294-1

Orgão Emissor: SSP

UF: SP

Filiação: MARIA DO SOCORRO LOPES

LOURIVAL VIEIRA LOPES

Endereço: NÃO INFORMADO CONJUNTO FREI DAMIÃO, 589

Bairro: FREI DAMIÃO

Município: CRATEUS/CE

CEP: _____

País: BRASIL

Telefone: _____

Nome: JOÃO ALFREDO LOEPS DA SILVA

Nascimento: 22/11/2013 CPF: _____

RG: 58.851.363-5

Orgão Emissor: SSP

UF: SP

Filiação: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES

JOÃO VIEIRA DA SILVA

Endereço: RUA RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589

Bairro: JOSE ROSA

Município: CRATEUS/CE

CEP: _____

País: BRASIL

Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HYD9360 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:

9C2HA07103R021603 Renavam: 795808364 Tipo do Veículo:

MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/C100 BIZ ES Ano Fabricação:

2002 Ano Modelo: 2003 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA

Proprietário: EDILSON FERREIRA DA SILVA Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

SABEMI SEGURADORASIA**CARTÓRIO CAVALCANTE**
Ofício Registro de Imóveis
Fabiana Barreto Cavalcante Substituta
Especificamente Substituto**Histórico**

Informa a vítima JOÃO VIEIRA DA SILVA que na data, horário e local
 indicados neste Boletim de Ocorrência **conta com a NOVA
 discriminação, levando na garupa sua esposa ROSIMEIRE LOPES**
 apresentado em Cartório pela parte interessada.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

João



Autentico, para os devidos efeitos, o presente
 documento é cópia fiel do original, que se encontra
 apresentado em Cartório pela parte interessada.
 Dado em 24 OUT 2017
 Pág. 1 de 1
 REC-0300
 Impresso em 16/08/2017 09:56:19
 de verdade
 Belo Alívio Barreto Cavalcante - Oficial
 Fabiana Barreto Cavalcante - Substituta
 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE ALÍVIO BARRETO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS



BOLETIM DE OCORRÉNCIA N° 445 - 3276 / 2017

e seu filho JOÃO ALFREDO LOPES FILHO, de 3 anos de idade, e quando passavam pela Beira da Pista, em Crateús, depararam-se com um aglomerado de pessoas em torno de uma confusão que ocorria no local, quanto então sua motocicleta foi atingida na parte debaixo por uma pedra, arremessada em meio a confusão, o fazendo perder o controle do veículo, tendo os três caído ao solo. O declarante JOÃO VIEIRA afirma que na queda machucou o joelho, braço e ombro esquerdos, bem como sua coluna, sendo que sua esposa ROSIMEIRE machucou os joelhos e os braços, e seu filho teve ferimentos na perna esquerda, no tornozelo esquerdo e no rosto, sofrendo escoriações por quase todo o corpo, sendo os três socorridos pela sobrinha do declarante de nome FRANCIA NAIANE, que levou todos ao Hospital São Lucas. Por fim, aduz o declarante que não possui CNH e que não foi acionado Corpo de Bombeiros Militar ou Guarda Civil Municipal, pelo que apresentou como testemunhas do fato as pessoas de FRANCISCA NAIANE DA SILVA FELIX (RG 2008162349-0, CPF 052.627.333-01) e MARIA ANTONIA DA SILVA (RG 2293384-92 e CPF 943.026.423-00). E nada mais disse.///

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS

Isis Celiâne Rodrigues Soares
Escrivã de Delegacia Civil
MF: 300690-1-3

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ISIS CELIANE RODRIGUES SOARES - MAT.: 300690-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Vilela da Silva

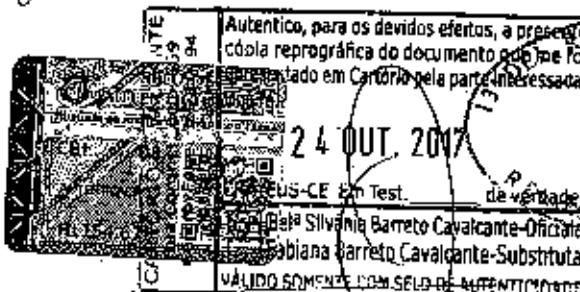
VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

Testemunhas

X maria Antonia da Silva

X f. Maria re da silva felix



WILLINGTON DE OLIVEIRA, S.D. V. VIANANDO
SILVANA BARRETO CAVALCANTE
FABIANA BARRETO CAVALCANTE
Substituta

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João Vitor da Silva, portador da carteira de identidade nº 36391.361-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 011108533-02, residente e domiciliado na Rua Francisco Lins, número 302, apto 302, Centro, Cidade Brusque, Estado SC, 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 Lider 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.

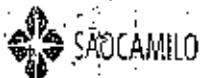
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Vitor da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Brusque - 27.10.2017
Local e data





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 03/06/2017 23:33

Página

20179

DADOS DO PACIENTE					
Prontuário 123888	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOAO VIEIRA DA SILVA		CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 014.708.533-02				Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data do Nascimento 16/01/1978	Local CRATEUS/CE			Idade 39 Ano(s)	
Pai SEBASTIAO VIEIRA DA SILVA		Mãe BALBINA SOARES DA SILVA			
Endereço RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589		Bairro VENANCIOS	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão SERVENTE	Empresa	Conjuge ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES		Telefone 88 94139878	
Responsável ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES	CPF do Responsável	Endereço RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589		Município CRATEUS	UF CE
DADOS DO ATENDIMENTO					
Data Atendimento 03/06/2017	Hora 23:35	Convênio SUS	Matrícula	CID	Comprovante de alta declinado
Prestador do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRMUF 6029/CE	Tipo Atendimento CONSULTA SIMPLES	0006+
Indicador de Acidente			Funcionário MIKAELY SOARES GOMES		
Trânsito					
Observação					
Sala	Data/Hora Liberação		às _____ hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)
					PA (mmHg)

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

Ismaelos jettos
e umas
wetos

Ismaelos de tosse de
detos

Dr. Junior Fernandes
CRM 6029
Médico de FONTE TRABALHO

SABEMI SEGURADORA S/A
21 NOV 2017

JOAO VIEIRA DA SILVA
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, João Vitor da Silva

RG nº 36.591-26-8, data de expedição 03/06/11, Órgão SP - SP

CPF nº 011.708.533-08, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

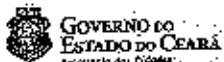
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Lemos Marques</u>
Número	<u>589</u>
Apto / Complemento	<u>loca</u>
Bairro	<u>João Pessoas</u>
Cidade	<u>João Pessoas</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>63400-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99931.0116</u>
E-mail	<u>~ ~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoas - PB 27/10/2017

Assinatura do Declarante: João Vitor da Silva





Nº da Conta de Agua

0276002890



DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE VIEIRA GOMES
 End. Lateral: AV SGT HERMINIO, 1723, Bairro: CENTRO
 Cidade: CRATÉUS
 End. Entrega:
 Cidade:
 Bairro: 029 Setor: 009 Quadra: 0027 Lote: 0186 Compr: 0001
 Subs: 00 Subquadra: 00 CEP: 63700-000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m ³)	Média Semestral(m ³)
A09F001357	002	802	802	0	0

DATAS

Lectura Atual: 10/08/2017 | Emissor: 10/08/2017 | Lote Águas: 6503360
 Lectura Anterior: 11/07/2017 | Próxima Lectura: 13/09/2017 | Lote Esgoto:

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor.	Coliformes Totais	Escherichia Cells
Eligidas	051	051	010	051	051
Analizadas	053	053	010	053	053
Sin conformidade	053	052	009	053	053

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

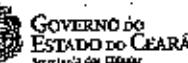
Constatamos débito de R\$ 458,04. Caso pago, desconsiderar.
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mes/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
ESGOTC	17,68	AGO/16	0	7
JUROS DE 0,033% AO DIA	4,20	SET/16	0	7
MULTA DE 2%	0,31	OUT/16	0	7
		NOV/16	0	7
		DEZ/16	0	7
		JAN/17	0	7
		FEV/17	0	7
		MAR/17	0	7
		ABR/17	0	7
		MAY/17	0	7
		JUN/17	0	7
		JUL/17	0	7

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,21		VALOR DO SERVIÇO	34,11
COFINS	1,05		VALOR DO SUBSÍDIO	11,92
			VALOR TOTAL A PAGAR	22,19
MES/ANO				
08/2017			VENCIMENTO	22,19



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Meio: informar pelo telefone: 0300 775 0193 nas lojas de atendimento, de 08h 24h/7hs, no site www.cagece.com.br ou na agência da Cagece, End. Rua de São Pedro, 1918, de 08h 24h/7hs, no site da APECE www.apece.org.br.
 Endereços Reguladoras: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fixo: 0800 215 1918, e-mail: comite.dos.servicos.publicos@apece.org.br; ANA - Agência Nacional de Águas, Fixo: 0800 279 3456, e-mail: comite.dos.servicos.publicos@ana.gov.br; ANA - Agência Nacional de Águas, Fixo: 0800 279 3456, e-mail: comite.dos.servicos.publicos@ana.gov.br.



Fatura Mensal

Via do agente
Arrecadador

24 NOV 2017

RECEBIDO

DADOS DO CLIENTE					Código de Responsável		Mês/Ano	
Local:	029	Setor:	009	Quadra:	0027	Lote:	0186	Compr:
								0001

Código: DRECEUS Vencimento: 05/09/2017 Total (R\$): 22,19

82680003900 0 22190009500 3 02760028901 4 02006322015 0

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, 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 Varina Viana Lopes inscrito (a) no CPF 030.311.693 / 96, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Varina Viana da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.708.533 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura Intendente, da Vítima Varina Viana da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.708.533/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Senador Rondon</u>	<u>1403</u>	<u>apto 202</u>
<u>Bairro</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>Centro</u>	<u>CE</u>	<u>63700-000</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)	
	<u>(61) 99931-046</u>	
	Telefone celular (DDD)	

Brasília - DF de 01/11/17
 Local e Data

Assinatura do Declarante

Varina Viana Lopes



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Edilson Ferreira da Silva,
RG nº 3000100000000000, data de expedição 01/02, Órgão SSP-CE,
portador do CPF nº 012.350.993-30, com domicílio na cidade de
Fortaleza, no Estado de CE,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Filho Seu
Manoel, nº 300, complemento 100,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Edilson Ferreira da Silva,
cujo o condutor no momento do
acidente era Edilson Ferreira da Silva.

Veículo: Moto

Modelo: Yamaha F1000R ES

Ano: 2002 / 2003

Placa: CEU 09360

Chassi: SC2 368 031033 021603

Data do Acidente: 03 / 06 / 2014

Local e Data: Fortaleza - CE

27 OUT. 2017

Edilson Ferreira da Silva
(Assinatura do Declarante)

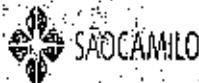
SABEMI SEGURADORA S/A
21 NOV 2017

RECEBIDO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

	RECONHECO A(S) FIRMA(S) <u>Edilson Ferreira da Silva</u> autenticidade de <u>Edilson Ferreira da Silva</u>
	Cratéria <u>27 OUT 2017</u>
	Em testemunho da verdade
	OBS: Recomenda-se firma da assinatura em cartório por autenticidade

CARTÓRIO MARTINS
Márcia Góes/Assinatura/Notariação
2ª TABELA
CRATÉRIA
CEARA



DADOS DO PACIENTE

Pronotação: 123888	Atendimento: 0001	Nome do Paciente: JOÃO VIEIRA DA SILVA		CNS		Guia de Autorização	
Documento(s): CPF: 014.708.533-02						Estado Civil: Casado(a)	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 16/01/1976		Local: CRATEUS/CE				Idade: 39 Ano(s)	
Pai: SEBASTIAO VIEIRA DA SILVA		Mae: BALBINA SOARES DA SILVA					
Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589		Bairro: VENANCI		CEP: 63700-000	Município: CRATEUS	UF: CE	Telefone: 88 94139871
Profissão: SERVENTE		Empresa:		Conjugue: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES			
Responsável: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES		CPF do Responsável:		Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589		Município: CRATEUS	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 03/06/2017	Horas: 23:35	Convênio: SUS	Matriarca:	CID:	
Profissional do Atendimento: JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRM/UF: 6029/CE	Type Atendimento: CONSULTA SIMPLES	
Indicador de Acidente: Trânsito			Funcionário: MIKAELY SOARES GOMES		
Observação:					
Salida:		Data/Hora Liberação: / /	às _____ hs.	Type de Saída: () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais:					
Peso (kg):	Altura (cm):	T (°C):	P (bpm):	R (impm):	PA (mmHg):

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

Iscrevendo volta
e umas
unetas

Iscrevendo de volta

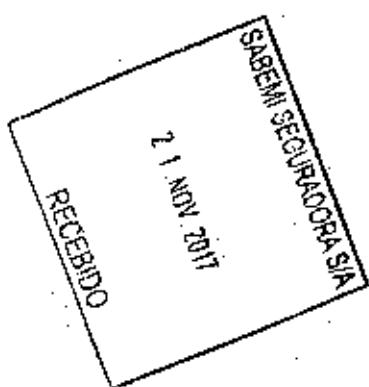
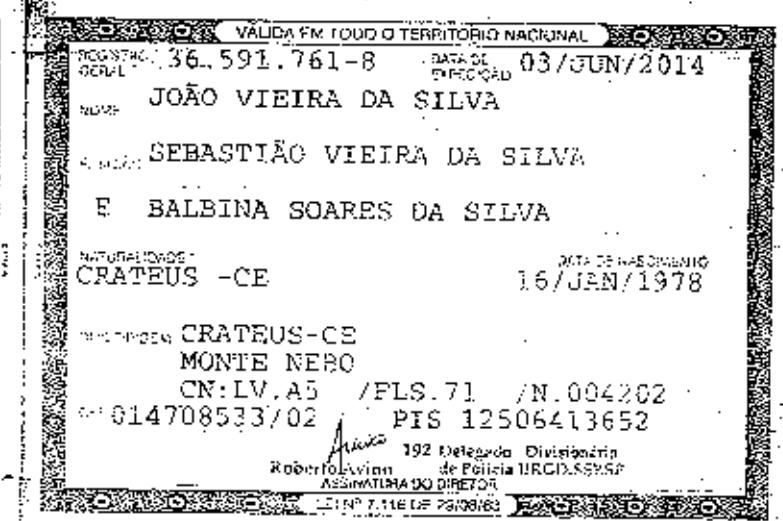
Dr. Junior Fernandes
CRM 6029
Médico de Serviço da Policlínica

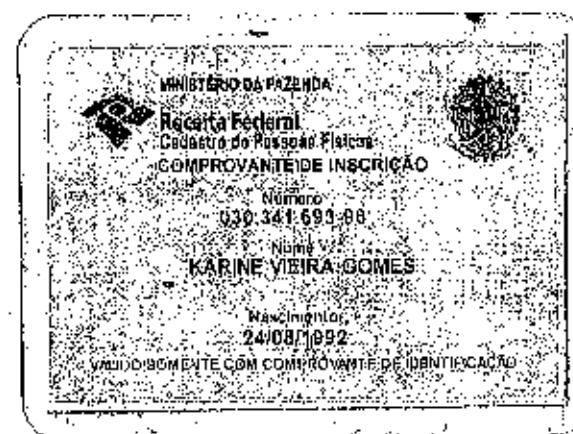
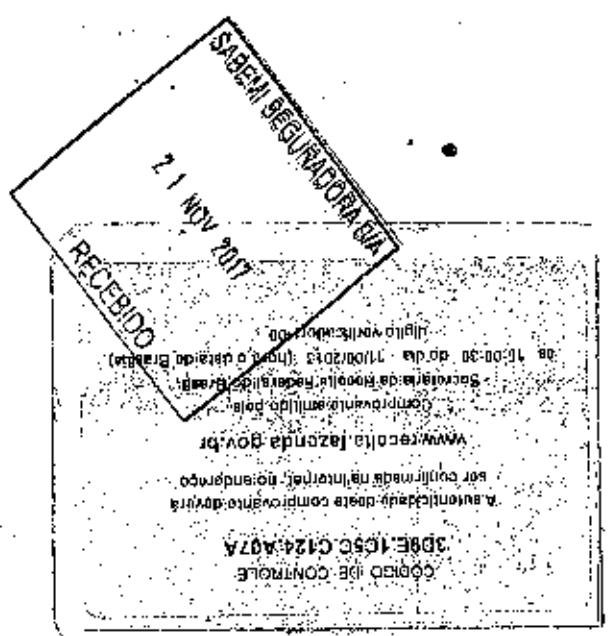
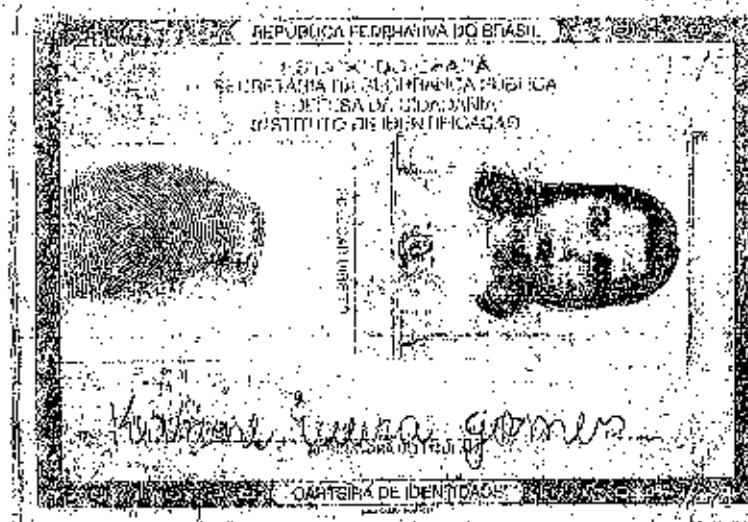
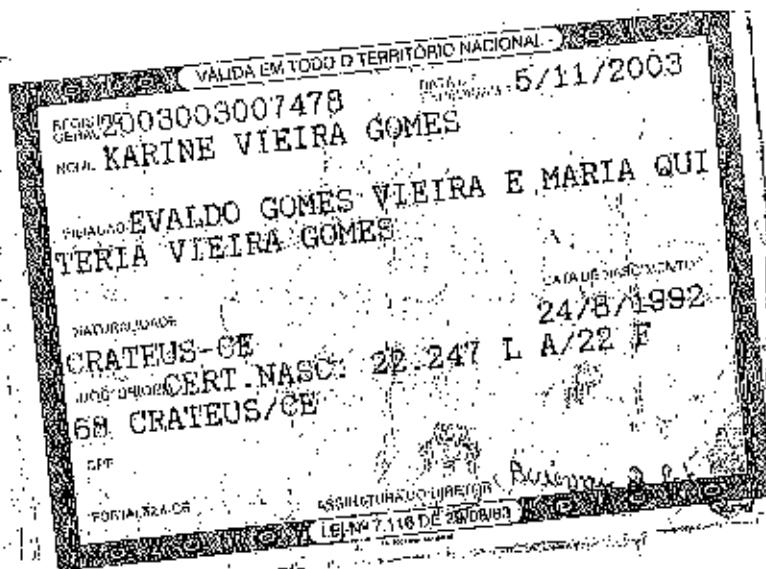


Tome seu tempo da sua



00127





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170625660 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

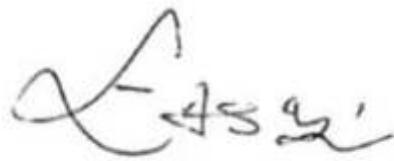
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170625660
Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Cidade: Crateús
Data do acidente: 03/06/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

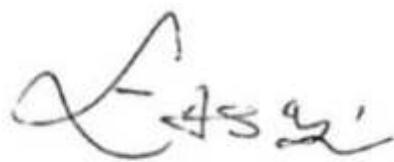
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Renata Viana da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: Estudante

Identidade: 36.591.761-8 CPF: 014.709.533-02

Endereço: Rua Americo Faria Matheus 580 Bairro: Paulista

Cidade: Brasília CEP: 63400-000



OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Renata Viana da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: Estudante

Identidade: 300.300.300-3448 CPF: 030.311.693-96

Endereço: Av. Sampaio Vilela 1483 Bairro: Brasília

Cidade: Brasília CEP: 63400-000

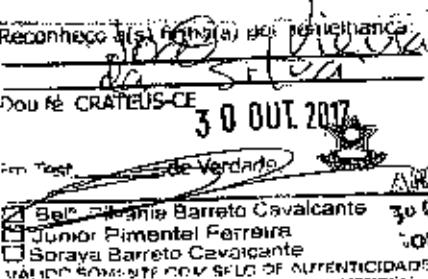
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora **Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de: Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Lado do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Renata Viana da Silva.

Local: Brasília UF/CE: DF Data: 30 de out de 2017

Renata Viana da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Comparação da tua dominância

Name: Adèle Marie de Jhesu

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado

Profissão: Professor

Identidade: 36591761-8 CPF: 01470853302

Entrevista a: 1. Encuesta general Barrio: San José Pág: 589

Cidade: Florianópolis CEP: 63300 000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Name: Karina Szeva gomber Grade: 5

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: do las

Identidade: 3003003003487 CPF: 03039169396

Endereço: Santo Antônio, numero 123 Bairro: Centro

Cidade: Brasília CEP: 63200-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confie poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. Adão rezende da Silva

UF: _____ Data: _____ de _____ de _____ / / .

Jobo Meira da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do autorgante em cartório por autenticidade)



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade	RECEBIDO
<u>João Batista Barreto Cavalcante</u>	<u>01/12/2012</u>
Deu fé CRATEUS-CE	01 DEZ 2012
Em Test. _____ e Verdade.	
<input checked="" type="checkbox"/> Paula Góes Batista Cavalcante <input checked="" type="checkbox"/> Fabiano Barreto Cavalcante <input checked="" type="checkbox"/> Vilthono Cardozo Barros Pimentel	