

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

#### OUTORGANTE:

Ademir Furtado de Albuquerque, brasileiro,  
neteiro, sem endereço eletrônico, portador do RG  
95002213814 SSP OS/CE e CPF nº 714.520.283-20  
residente e domiciliado a rua Itajé, nº 882  
Cláudio Comindegim, cidade de Fortaleza, estado  
do Ceará, CEP: 60731-300

**OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S**, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico [ars.juridico@gmail.com](mailto:ars.juridico@gmail.com), através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de Julho de 2018.

X Ademir Furtado de Albuquerque  
**OUTORGANTE**

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

*X Adonias Flstado de albl que yr.*

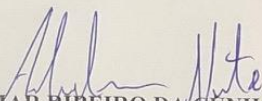
ASSINATURA

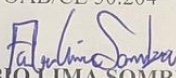
DO DECLARANTE

## SUBSTABELECIMENTO

EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.

  
ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO  
OAB/CE 30.204

  
FABIO LIMA SOMBRA  
OAB/CE 27.447

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1004191852

PROIBIDO PLASTIFICAR 1004191852

INTERPRINT LTDA

TÍTULO DE IDENTIDADE NACIONAL

NÚMERO

NOME

ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

95002213814 SSP CE

CPF

714.520.283-20

DATA NASCIMENTO

26/05/1968

FILIAÇÃO

LUIZ GONZAGA DE ALBUQUERQUE TEREZINHA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO

N.C.

CATARAS

AB

Nº REGISTRO

02831830701

VAIDADE

21/09/2014

1ª MARITIMAÇÃO

11/01/1998

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA:

*Ordem em substituição ao passaporte*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

12/09/2014

*Luiz Vasconcelos Ponte*

40411540315

CE143692720

ASSINATURA DO EMISSOR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 01131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113196-39.2019.8.06.0001 e código 44A974B.

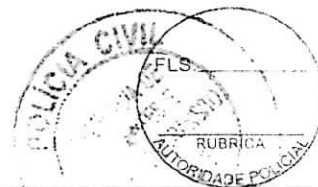


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

26/112  
RECEBIMOS

fls. 19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5219 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **11/10/2017 12:45:19**  
 Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2017 12:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **RUA OSCAR FRANÇA**  
 Complemento: **C/ RUA CORONEL VIRGILIO**  
 Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE**  
 Nascimento: **26/05/1968** CPF: **714.520.283-20**  
 CNH: **02831830701** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**  
 Filiação: **TEREZINHA ALVES DA SILVA**  
**LUIZ GONZAGA DE ALBUQUERQUE**  
 Endereço: **RUA ITAJEU, 882**  
 Bairro: **CANINDEZINHO**  
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.731-300**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98588-1579**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSK1773** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC4130DR007076** Renavam: **546153380** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO KS** Ano  
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**BRANCA** Proprietário: **MARIA APARECIDA MELO DE ALBUQUERQUE**  
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSK-1773/CE NA RUA OSCAR FRANÇA QUANDO UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE./////////  
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9VISTO DO DELEGADO(A) : MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

3180720407

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 07131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113196-39.2019.8.06.0001 e código 44A974C.





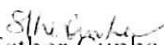
## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Adonias Furtado de Albuquerque**, no dia **26/09/2017**, às **12h18min**, na **Rua Oscar França c/ Rua Coronel Virgilio Nogueira**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.


Documento requerido pela Sra. **Maria Aparecida Melo de Albuquerque**, Processo nº **P880563/2017**.

Fortaleza, 2 de outubro de 2017.

Atenciosamente,

  
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Roberto Gomes de Lima  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

2754



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE <b>ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE</b>		Nº DO PRONTUÁRIO <b>310196</b>	Nº DO BE <b>174624</b>
CADÚSUS	NASCIMENTO <b>26/05/1968(49 ANOS)</b>	SEXO <b>F</b>	RACÃO COR <b>PARDO</b>
NOME MÃE <b>TEREZINHA ALVES DA SILVA</b>	NOME RESPONSÁVEL <b>2</b>		
ENDEREÇO <b>RUA ITAJEU 882 CANINDEZINHO</b>	MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	
CONTATO	CEP <b>60.731-300</b>		

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>TRAZIDO PELO SAMU USB 02, DOR INTENSA EM CLAVICULA ESQUERDA</b>	MOTIVO <b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>

SINAIS VITAIS

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICEMIA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>			
CLASSIFICAÇÃO <b>VERDE</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS</b>	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>26/09/2017 12:52:14</b>		

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO  
**TRAUMATOLOGIA**

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Acidente automobilístico com vítima que sofreu trauma torácico com dor intensa em clavícula esquerda.*

DIAGNÓSTICO

RAIO X SOLICITADO

HC  SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIOS-X  OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Col. de P. Pen. Penicilina</i>		
<i>Aspir + analg. para dor</i>		
<i>chapas (E) + drenagem</i>		
<i>(DITO GESSADO)</i>		

TIPO DE ALTA/SÁIDA

ALTAS/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 26/09/2017 às 12:52:17  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*[Handwritten signature]*

adonias furtado de albuquerque

*[Faint stamp]*

*[Handwritten mark]*



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Adonias Francisco de Albuquerque

vítima de acidente de trânsito, em 26/09/2018, sofreu:

Fratura da clavícula Esf  
cod- 542.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Fratura fechada estabilizada  
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dois, decorrente da  
necrose clavicular Esf.  
Unifido o ombro em flexão  
e o outro Esf.  
Força diminuída  
Bloqueio de elevação do  
membro e do membro  
inferior. Força e movimento  
diminuídos. Perda de peso.  
RM mediu após tratamento

10/09/2018

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CREMEC 4411

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 01131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113196-39.2019.8.06.0001 e código 44A974C.



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Adonias Furtado de Albuquerque, foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 26.09.17, sob registro de nº 310196, com diagnóstico de fratura da clavícula esquerda. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

Fortaleza, 28 de Setembro de 2017

Atenciosamente,



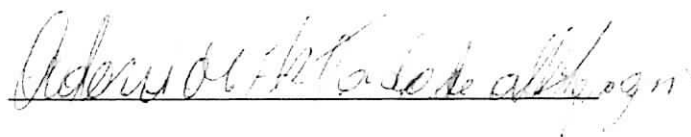
## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ADENIAS FLAVIO DO ALBUQUERQUE, portador da carteira de identidade nº 07831830701 e inscrito no CPF/MF sob o nº 914.3208380, residente e domiciliado na RUA ITAJEU, Cidade FORTALEZA, 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:

- ( ) 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.



Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

FORTALEZA - CE 13 de maio de 2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>ADOLIAS FURTADO DE ABUQUERQUE</i>	CPF da Vítima <i>771.520.283.20</i>	Data do Acidente <i>26/09/2017</i>
---	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*FORTALEZA*, *28* de *ABRIL* de *2018*  
Local e Data

*Adolias Furtado de Albuquerque*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 01131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113196-39.2019.8.06.0001 e código 44A974C.

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA APARECIDA MELO DE ALBUQUERQUE  
 RG nº 2008010349506, data de expedição 10/11/2008,  
 Órgão SSP, portador do CPF nº 47777808372, com  
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ITAJUCO 892, nº 852,  
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima ADONIAS FORTADO DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era  
ADONIAS FORTADO DE ALBUQUERQUE.

Veículo: MOTO  
 Modelo: HONDA CG 125 PARGO KS  
 Ano: 2013 - 2013  
 Placa: CSK 1773  
 Chassi:  
 Data do Acidente: 26/04/2017  
 Local e Data: FORTALEZA 17/10/2017

Maria Aparecida Melo de Albuquerque  
 Assinatura do Declarante



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

CH035.592

HSK 02

RECONHECIMENTO DE FIRMA

16 OUT. 2017

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade

MARIA APARECIDA MELO DE ALBUQUERQUE

DUI 16, Fortaleza

Francisco Paulo Silva  
 Regina Célia Rodrigues de Almeida  
 Verônica Maria Cavalcante de Sousa  
 Maria Vanda Leite Gadelha  
 Fabíola Regina Vasconcelos Fintic

**CE Nº 013548659100** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 47772908972 PARA INFORMAÇÕES, LEIA O CERK1773  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalidatosa.br  
 0800 000 110

01 47772908972 CERK1773

46153380 HONDA/CG 125 CARGO KS

2019 03 302J04130DR007076

PREMIUM TAPETARIA

30/00/0000

PROPRIETARIO  
 SITE/DAC: 124350/168 LIDACREJPVAT  
 MOTOR: JC41E3D000707608 0001-04

JUN-2017

013548659100

01 546153380 000000000 2017

PARA APARECIDA HELA DE ALBUQUERQUE

FORTEALEZA/CE

47772908972 CERK1773

302J04130DR007076

VEICULO: MOTOCICLO/MOTO APULON GASOLINA

PARA 07 125 CARGO KS 2019 03

IP-CITY 2140C EASATL FAVUEA

00,00,0000

FORTEALEZA 27/09/2017

Assinatura digitalizada

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 011131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01113196-39-2019-8-06-0001 e código 17467-9.





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 714.520.233-20	Nome completo da vítima ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE		CPF titular da conta 714.520.233-20	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA ITAJUCU		Número 882	Complemento CASA
Bairro CAMINDEUANO	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60731300
Email		Telefone (DDD) 85-88811223	

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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)

BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____	CONTA NRO. _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____	CONTA NRO. _____	D/V _____
(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 quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 18 de Abril de 2018

Local e Data

*Adonias Furtado de Albuquerque*  
\_\_\_\_\_  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 23/02/2019 às 17:33, sob o número 01131963920198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 014131496-39.2019.8.06.0001 e código 44-A974C.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

289-456127921-0

16/OUT/2017

HORA DE 10:25:00

LOT. 5.005749-9

TERM 011599

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 1047

CONTROLE: 0

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PÔLP CAIXA FÁCIL

NOME: ADONIAS FURTADO DE ALBUQUERQUE

AGÊNCIA: 1047

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 0054419-2

DATA DE ABERTURA: 16/10/2017

LÔTERIAS CAIXA

289-456127921-0

1ª VIA