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:

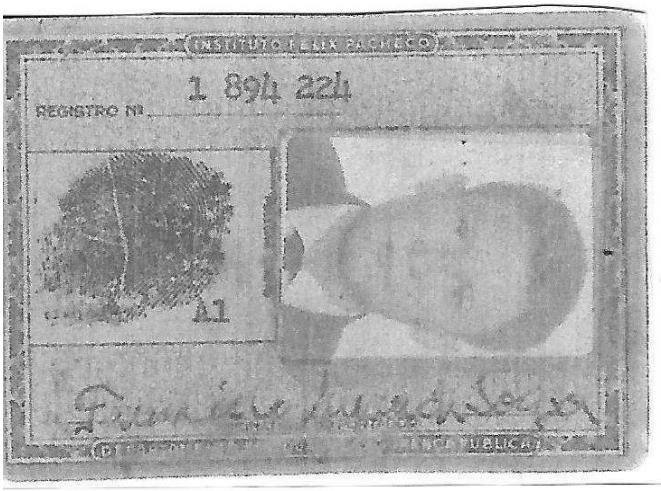
Nome: Francisco Vieira de Sousa			Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Autônomo		Carteira de Identidade: 1.894 224
CPF nº: 046.027.573-91	Residência: povoado Lagoa do Peixe		
Bairro: Zona Rural	Cidade: Ararendá	Estado/UF: CE	CEP: 62.210-000

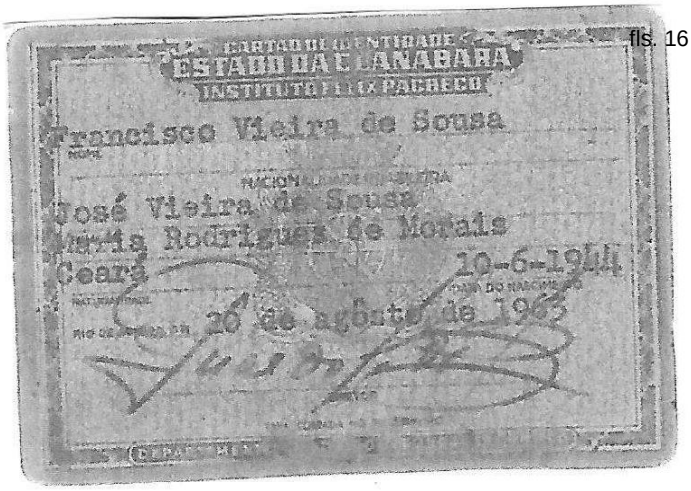
OUTORGADO: **ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS,** brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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 judicia 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 medicas,** em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 09 de Agosto de 2018.

Francisco Vieira de Sousa
(outorgante)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **046.027.573-91**

Nome: **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA**

Data de Nascimento: **10/06/1944**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:33:01** do dia **09/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3383.98F9.4192.C048**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

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: Francisco Vieira de Sousa		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Povoado Lagoa do Peixe		Profissão: Autônomo
CPF nº: 046.027.573-91	RG nº: 1.891.224	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Zona Rural	Cidade: Ararendá	Estado/UF: CE
CEP: 62.210-000	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., 09 de Agosto de 2018.

Francisco Vieira de Sousa
Declarante

Nº DO CLIENTE
1718611-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 509360710

Rota 32 39141 02 049800 - 9
Data de Emissão 17/01/2018
Nome FCO VIEIRA DE SOUSA
End. Postal PV LAGOA DO PEIXE 00000 - ARARENDA -
Medidor 2903771
Classe 04-RURAL TRIFASICO
Poste 0000 0000
RG/CPF/CNPJ 000001894224
Fator de Potência 0,00
Nome do Responsável
CGF

(85)987740378

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	17/01/2018	16/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto NOVA RUSSAS
Mês Nov/2017 EUBO 15.75
DICRI= 0,00 P

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,93	0,00	0,00	0,00
FIC	7,67	15,34	30,69	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,78			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
7003.3B02.B01D.C048.39E7.2A08.6059.08AF

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
6930	6930	1,00	0	0,00	[illegible]	[illegible]	36,49
[illegible]	[illegible]		[illegible]		[illegible]		
							36,49

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	36,49
MULTA MORATORIA REF 10/2017	0,76
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	39,03

VENCIMENTO 16/02/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 76,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,12
Transmissão	1,71
Distribuição	11,62
Encargos Setoriais	4,05
Tributos (ICMS PIS COFINS)	2,02
TOTAL	36,49

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev
67	0	73	35	79	83	86	47	79	54	79	51	82

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
43,22	0,00	0 … 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES
Mes Ano Valor R$

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 212 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/03/2018 09:10:25**
Data / Hora da Ocorrência: **10/09/2017 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE LAGOA DO PEIXE**
Complemento:
Bairro: Município: **ARARENDA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA**
Nascimento: **10/06/1944** CPF: **046.027.573-91**
CNH: **00680027777** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **DF**
Filiação: **MARIA RODRIGUES DE MORAIS**
JOSE VIEIRA DE SOUSA
Endereço: **VILA POVOADO LAGOA DO PEIXE**
Bairro: **LAGOA DO PEIXE**
Município: **ARARENDA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCQ6320** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** Chassi: **9C2KD0550BR505257** Renavam: **407988661** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A vítima informa que no dia 10/09/2017, por volta das 09:30h, estava conduzindo o veículo acima citado quando colidiu com uma vaca; QUE tentou desviar do animal mas não conseguiu; QUE lesionou o platô tibial do joelho esquerdo no acidente; QUE teve seu primeiro atendimento no Hospital Municipal de Ararendá-CE e posteriormente foi transferido para Crateús-CE e depois foi operado no Rio de Janeiro; QUE FRANCISCO LOPES TORRES e DEROMI LOPES DE SOUSA, seus vizinhos, lhe viram caído no chão, lhe socorreram e podem testemunhar o fato; 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 MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS Roberta Bezerra

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Mat 301 138-1-0 Escrivã de Polícia

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Vieira de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 212 / 2018

BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013

Roberta Bezerra
Mat 301 132-1-0
Escrivã de Polícia

GOVERNO MUNICIPAL ARARENDÁ
DE MÃOS DADAS COM O POVO
WWW.ARARENDA.CE.GOV.BR

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Sus 898 0032 6316 0216 Nº.: Data: 10 / 09 / 17

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Fco Vieira Sousa
Est. Civil: Solteiro Sexo: M Data do Nasc. 10/06/44 Idade: 73
Naturalidade: Ceará Prof.:
Procedência: Ararendá
Residência: Riacho do Pike
Filiação: José Vieira de Sousa, Maria Rodrigues
Cônjuge: Ignorado

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente sofreu queda de motocicleta (bateu em vaca), apresentando escoriações em antebraço e pé ⓓ com ferida em pelo ⓓ.

3. HISTÓRIA ATUAL: continuidade em pé ⓓ fluem do mais área e dor em pelo ⓓ.

.Cb: Solicito Rx de pelve. / Limpeza e Sutura.

4. PESO _____ **KG:** _____ **5. P.A** 30x60 mmHg **6. TEMPERATURA:** _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Francisco Vieira de Sousa
Ass. Do Paciente ou Responsável

Dra. Karen Gomes C. de Freitas
Medica
CRM 13465
Assinatura do Médico

	PRESCRIÇÃO	HORA
	① Dicloferaco 1 amp. IM	09:40
	② Dexametasona 1 amp. IM	09:40

Ato Declaratório

GOVERNO MUNICIPAL ARARENDÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em dois vias
2. Ao terminar o atendimento, o paciente deve levar 2ª via, devidamente preenchida e entregar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:
Distrito Sanitário: 15 ª Região Município: Ararenda
Nome: Francisco Vieira Lima Prontuário Nº
Sexo: M ☑ F ☐ Data de Nascimento 10/6/44 Ocupação:
Endereço: Bairro: Tel.

Motivo do Encaminhamento:
Paciente teve queda de motocicleta (bateu na nuca) apresentando escoriações em antebraço e pé (D) e perda de sensibilidade em perna (D). Além do mais, idoso e solitário (sem ninguém por perto). Unidade sem equipamento.

Resultado de Exames

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Assinatura do Encaminhador e Nº Registro — Função: médico — Data: 10/9/17

ACENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Profissional:
Unidade de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:
Município: Prontuário Nº Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal CID:
Secundário 1 CID:
Secundário 2 CID:

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 11/09/2017 09:0
Página
v2017

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
106170	0007	FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA	898003263160216	

Documento(s): Identidade: 1894224
Estado Civil: Viúvo(a)
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 10/06/1944
Local: NOVA RUSSAS/CE
Idade: 73 Ano(s)
Pai: JOSE VIEIRA DE SOUSA
Mãe: MARIA RODRIGUES DE MORAIS
Endereço: CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 62210-000
Município: ARARENDA
UF: CE
Telefone: 88 92918882
Profissão:
Empresa:
Cônjuge:
Responsável: MARIA RODRIGUES DE MORAIS
CPF do Responsável:
Endereço: CAMPO LAGOA DO PEIXE, SN
Município: ARARENDA
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 11/09/2017
Hora: 09:08
Convênio: SUS
Matrícula:
CID:
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
CRM/UF: 6945/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Indicador de Acidente: Trânsito
Funcionário: ANA CINTIA CARLOS PEREIRA
Observação: Trouxe guia de referecia 11/09/2017
Sala:
Data/Hora Liberação: ___/___/___ às ___hs.
Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
			70		110x70

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

Paciente queixa de
Cervicalgia e lombalgia

Rx queixa de A
Lutino alcoolico
Fuela tuler

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
CRM. 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente
Responsável: MARIA

m☐ Não☐

CENTRO TRAUMA
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA Ltda.

RECIBO MÉDICO

EU FLAVIO DE ANDRADE AGUIAR CPF: 072268547-59, CRM: 5287505-8, RECEBI DO PACIENTE FRANCISCO VIEIRA DE SOUZA, CPF: 046027573-91, IDENT.:1 894224 IFP RJ, À QUANTIA DE R$ 16.400,00 (DEZESSEIS MIL E QUATROCENTOS REAIS, REFERENTES AOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS, NA CIRURGIA DE FRATURA DE JOELHO ESQUERDO, REALIZADA NO DIA 27/10/2017.

RIO DE JANEIRO, 28/10/2017

Cartório Mourão Civil
Manoel Ostiano Mourão
Titular
Ararendá-CE
AUTENTICAÇÃO
HN792424
TQNH 03

CARTÓRIO MOURÃO
OFÍCIO ÚNICO
ARARENDÁ - CEARÁ
A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas. Dou Fé
Ararendá-CE, 19 / 02 20 18
MANOEL OSTIANO MOURÃO - Tabelião
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

28/10/17

CENTRO TRAUMA
Ortopedia e Traumatologia Ltda

Estrada do Galeão, 1803 - Guarabú - Ilha do Governador - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: 2462-1335 - 2462-1149 - Email: centro.trauma@uol.com.br
CONVÊNIOS - URGÊNCIAS - RADIOLOGIA - REUMATOLOGIA

CENTRO TRAUMA
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA Ltda.

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE FRANCISCO VIEIRA DE SOUZA, CPF: 046027573-91, IDENT.:1 894224 IFP RJ, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 10/09/2017, SOFRENDO FRATURA COMINUTIVA GRAVE DE JOELHO ESQUERDO, COM AFUNDAMENTO DE PLATÔ TIBIAL.

O MESMO, FOI OPERADO POR MIM EM 27/10/2017, NA CLINICA CRISTO REI, TENDO SIDO FEITO OSTEOSSÍNTESE DE PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS EM TITÂNIO.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 28/10/2017, RETIROU OS PONTOS EM 16/11/2017, SEGUE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

RIO DE JANEIRO, 24/11/2017

Cartório Manoel Ostiano Mourão
Titular
Ararendá-CE
OFÍCIO ÚNICO
ARARENDÁ - CEARÁ
AUTENTICIDADE
HN79242 23
PGSC 03
AUTENTICAÇÃO

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas. Dou Fé

Ararendá-CE, 19 / 08 / 20 18

MANOEL OSTIANO MOURÃO - Tabelião
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Dr. Flávio Aguiar
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 52.87505-4
CENTRO TRAUMA
Ortopedia e Traumatologia Ltda.

Estrada do Galeão, 1803 - Guarabú - Ilha do Governador - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: 2462-1335 - 2462-1149 - Email: centro.trauma@uol.com.br
CONVÊNIOS - URGÊNCIAS - RADIOLOGIA - REUMATOLOGIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013871366870

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	407988661	0000000000	2017

NOME
FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
****
****
ARARENDA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
04602757391	OCQ6320/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KD0550BR505257

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOL/ALCO

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES	2010	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
********,**	**/**/**	1ª *
		2ª *
		3ª *

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			00/00/00

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
ARARENDA	16/01/2018

Igor Ponte
Superintendente
EMISSOR DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 013871366870 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04602757391 OCQ6320/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

013871366870 1015062952

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	16/01/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	04602757391	OCQ6320

RENAVAM	MARCA / MODELO
407988661	HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	PART	9C2KD0550BR505257

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E5B505257 00

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 10/01/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	CE/OCQ-6320
CHASSI Nº:	9C2KD0550BR505257
RENAVAM:	00407988661
NOME DO PROPRIETÁRIO:	FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do 0800 701 3427

*Preocupada com o meio ambiente, a **Seguradora Líder DPVAT** utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.*

Beneficiário	CPF
FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA	046.027.573-91

HISTÓRICO

Data	Descrição
09/07/2018	PRE-CADASTRO NAO ANALISADO
09/07/2018	PRE CADASTRO ANALISADO E APROVADO
09/07/2018	Processo enviado para analise da Seguradora Líder
12/07/2018	Sinistro alterado para 3180305482
02/08/2018	Sinistro cancelado, tendo em vista que não se justifica a cobertura pleiteada, face ser a vítima o proprietário do veículo, para o qual a situação de pagamento do Seguro DPVAT se caracteriza como irregular. Oportuno enfatizar que no presente caso, seria descabido o pagamento da indenização com posterior ação de regresso, o que resultaria na cobrança ao próprio recebedor da indenização.

Assunto: RES: [SEGURO DPVAT]

De: faleconosco@seguradoralider.com.br
Para: jcmourao77@yahoo.com.br
Data: sexta-feira, 10 de agosto de 2018 09:06:35 GMT-3

Olá, sr. Francisco !

Localizamos os seguintes processos :3180305482 - Ivalidez Permanente e 3180219653 - Reembolso de Despesas Médicas.

Ambos foram cancelados , pois se caracterizou como irregular a situação do pagamento do Seguro DPVAT. O pagamento do Seguro DPVAT em atraso não prevê multas ou encargos, porém vale ressaltar que em casos de acidente, o proprietário não terá direito à cobertura.

Logo, o melhor a se fazer é manter o seu DPVAT em dia e garantir seus direitos em caso de acidente.

Em caso de dúvidas, estamos a disposição.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

www.seguradoralider.com.br

http://pt.slideshare.net/seguradoralider-dpvat

---------- Mensagem Original ----------
De: jcmourao77@yahoo.com.br
Enviada em: 09/08/2018 10:20:22
Para: faleconosco@seguradoralider.com.br
CC:
Assunto: [SEGURO DPVAT]
SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO

NOME: FRANCISCO VIEIRA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 04602757391
CIDADE - UF: Crateús - CE
EMAIL: jcmourao77@yahoo.com.br
TELEFONE: (85) 987740318
OPÇÕES SELECIONADAS: Pedido de indenização > Como consultar > Sim > Não
MENSAGEM: Solicito a consulta do processo de indenização. Dados adicionais: Número do Sinistro: 3180305482 Número do CPF/CNPJ: 04602757391
EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE