



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RENATO DO NASCIMENTO SILVA
PORTADOR(A) DO RGNº 98029284830 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 01/03/16 E
CPF 8746343263-1 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO SOLTEIRO
E RENDA MENSAL DE R\$ 40,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RENATO DO NASCIMENTO SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 124 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 035096-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RENATO 01 de MARÇO de 2017 Renato do Nascimento Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 9318 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **20/12/2016 10:10:54**

Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2016 10:30:00**

Endereço da Ocorrência: **DISTRITO PONTA DA SERRA**

Complemento: **SAÍDA DE PONTA DA SERRA**

Bairro: **SAÍDADO DISTRITO**

Município: **CRATO/CE**

SENTIDO CRATO

Ponto de Referência:

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **RENATO DO NASCIMENTO SILVA**

Nascimento: **21/07/1981** CPF:

CNH: **05232067810**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA SILVEIRA DO NASCIMENTO SILVA**

ANTONIO TELES DA SILVA FILHO

Endereço: **RUA MACEIÓ, 119**

Bairro: **PANTANAL**

CEP:

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99475-6247**

Histórico

Advertido(a) das penas previstas para os crimes de falso testemunha, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime/contravenção DISSE QUE: Que na data, local e hora acima citados conduzia a Motocicleta HONDA/NXR160 BROS ESDD, PLACA PNH9628/CE, ANO FAB/MOD 2015, COR PRETA, CHASSI 9C2KD0810FR480129, Renavan 01067769010, Licenciada em nome DE Erineide Vieira dos Santos Silva, ocasião que uma motocicleta que seguia a sua frente, deu sinal para ir para o acostamento e quando passava bem próximo da mesma, o condutor deu partida e adentrou na via que trafegava, ocorrendo a colisão. Que ambos ficaram lesionados e foram socorridos por populares e conduzidos para o Hospital São Raimundo, somente tendo sido atendido a noite, onde bateu Raio X e constatou a fratura do dedo. Que o médico (Jean), mandou um enfermeiro puxar seu dedo, sem anestesia, dizendo que era para recolocar no lugar e até mandou que mordesse a manga da camisa, alegando que não pegava anestesia. Em seguida mandou enfaixar o pé e retirou com 30 (trinta), não estando ainda curado. Que é habilitado categoria AB. Poderão testemunhar Raimundo Nonato Gomes Monteiro, residente Rua Terezina, vizinho ao número 142, Bairro Pantanal e EINEIDE VIEIRA DOS SANTOS SILVA, esposa do noticiante. Nada mais havendo encerro o presente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE FÁTIMA LOPES ALVES - MAT.: 024826-1-4

Renato



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 9318 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Pinata do Nascimento Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de li



Eu, RENATO DO NASCIMENTO SILVA, portador da carteira de
identidade nº 9802 9284830 e inscrito no CPF/MF sob o nº 876.773.262-15
residente e domiciliado na Rua CEBALDO MURICI 119
Cidade CRATO Estado CEARA 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.

Renato do Nascimento Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CRATO 01 DE MAIO DE 2017

Local e data

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 09/10/2016 11:48

N. Atendimento...: 387386 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 09/10/2016 Hora: 11:21 Matrícula: 209412922280007
Médico Respons.: JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO Guia.:
Recepcionista...: KAROLAYNE Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: RENATO DO NASCIMENTO SILVA Pront.: 115835
Dta Nasc.: 21/07/1981 35 Anos Sexo: MASCULINO Est. Civil: CASADO RG: 98029284630
Endereço.: RUA MACEIO 119
Cep.: 63132070 Bairro: PANTANAL Município: CRATO
Estado.: CE Resp.: ERINEIDE VIEIRA DOS SANTOS SILVA
Fone: 88981215876

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X [] ULTRASSOM [] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: / /

Dr. (a) JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
CRM: 9605 CPF: 49167677304

Erineide Vieira dos Santos Silva
Paciente / Responsável



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RENATO DE NASCIMENTO SILVARG nº 9802928433⁰, data de expedição 01/03/16, Órgão SSRCE.

CPF nº 876.773.263-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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 GERALDO DO MURICI</u>
Número	<u>nº 119</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>OSSIAN APARECIDO</u>
Cidade	<u>CNATO</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9 92713730 / (88)996174242 / (88)988814831</u>
E-mail	<u>everardodpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CNATO 01 DE MAIO DE 2017

Assinatura do Declarante: Renato de Nascimento Silva

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017

Coelce
agora é enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 472697669

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdivino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

ABR/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5905932 0

VENCIMENTO
17/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 05 011000 06 0126400 Medidor 10747681 Poste 0000 0
Nome ERINEIDE VIEIRA DOS SANTOS SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU GERALDO MURICI 00119 OSSIAN ARARIPE CRATO 63100000

RG / CPF / CNPJ 630.970.793-00 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 8043 Leitura Anterior 7979 Constante 1 Consumo (kWh) 64 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 64

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa B-30 Kwh	30	0,17363	5,20
Consumo faixa 31-100 Kwh	34	0,29785	10,12

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 07/04/2017 Prev. Próxima Leitura 09/05/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1F82.A9FB.7A95.AB58.F1DC.A6DE.577A.4713

ICMS

Base do Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 9,26
TRANSMISSÃO 0,23
DISTRIBUIÇÃO 3,23
ENCARGOS SETORIAIS 1,62
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 2,04

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -23,58
JUROS DO MES 0,05
MULTA MORATORIA 0,36
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 1,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-TNT 6,89
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,73)

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

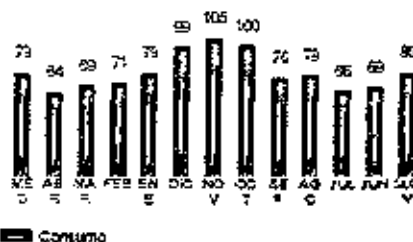
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,23

Conjunto CRATO

Mês FEV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FFC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			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) Consolidação Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5905932-0 Nº da Nota Fiscal: 472697669 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 30/04/2017 Referência: ABR/2017 Nº de Controle:

UNIÃO SEGURADORA

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

22 MAI 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ERINEIDE VIEIRA DOS SANTOS SILVA

RG nº 98047041719, data de expedição 05/10/2009
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 630.470.793-00, com
 domicílio na cidade de Crato, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R= Marechal, nº 119,

complemento OSIMARINHA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima RENATO DO NASCIMENTO SILVA cujo o condutor era

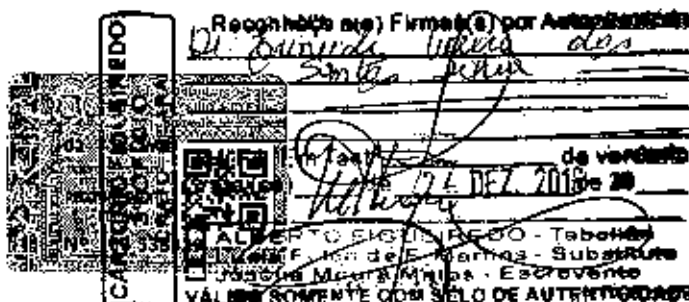
RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Veículo: HONDA NX 2 160
 Modelo: 2015
 Ano: 2015
 Placa: PNH 9628
 Chassi: 9C2 K 008104 R 480129
 Data do Acidente: 09.12.2016
 Local e Data: CRATO 22 DE DEZEMBRO DE 2016



Erineide Vieira dos Santos Silva
 Assinatura do Declarante

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



UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bazerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 09/10/2016 11:48

N. Atendimento...: 387386

Convênio.: BPA SUS

Data Atendimento: 09/10/2016 Hora: 11:21

Matricula: 209412922280007

Médico Respons.: JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO

Guia.:

Recepcionista...: KAROLAYNE

Tipo de Atend.: AMBULATORIAL

Setor Atend...: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Pront: 115835

Dta Nasc.: 21/07/1981 35

Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 98029284630

Endereço.: RUA MACEIO 119

Cep.: 63132070 Bairro: PANTANAL

Município: CRATO

Estado.: CE

Resp.: ERINEIDE VIEIRA DOS SANTOS SILVA

Fone: 88981215876

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

ATO Declaratório

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

QUEIXA DE MOTO APÓS CIRURGIA DE (O) 4-1000 PP.

DIAGNÓSTICO

PP 4-1000 PP. Cefaléia + dor - 4-1000

PROCEDIMENTO

ATO

EXAMES

INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: / /

Jean Lucena
CRM: 9605

22 MAI 2017

Dr. (a) JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
CRM: 9605 CPF: 49167677304

Erineide Vieira dos Santos Silva
Paciente / Responsável



RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 876.773.263-15 DATA NASCIMENTO: 21/07/1981

PLACAO: ANTONIO TELES DA SILVA
FILHO
FRANCISCA SILVEIRA DO NASCIMENTO SILVA

RG: 05232067816

Validade: 28/02/2021 1ª emissão: 17/06/2011

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

LOCAL: CRATO, CE DATA EMISSÃO: 01/03/2016

56800869230
CE152326413

1225456201

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO DE SOUSA LEITE

CPF: 113053686 **RG: 346.398.783-34** **13/12/1967**

FRANCISCO MENEZES DE SOUSA
ANTÔNIA LACERTEIRA DE SOUSA

20/07/2017 **28/05/1997**

SEM OBSERVAÇÃO

JOÃO CARLOS DO NORTE **02/08/2012**

25062298180
CE131602268

583281912

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013129651364
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDB. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 01067769010 0000000000 2016

NOME
ERINEIDE VIEIRA DOS S SILVA
CRATO /CE

CPF/CNPJ PLACA
63097079300 ENH962B/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9E2KD0810FR480129

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO-ABRILEX GASOL/ALCO

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COA. PRÉDOMINANTE
2P/OCV/162CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 2 3

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
1 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1 2 3

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CRATO 1/10/2016

Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS

DUT

CE Nº 01312965136



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

EXERCÍCIO DATA EMISSA
2016 1/10/20

VIA CDB. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 01067769010 0000000000 2016

NOME PLACA
ERINEIDE VIEIRA DOS S SILVA ENH962B

CPF/CNPJ PLACA
63097079300 ENH962B

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9E2KD0810FR480129

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO-ABRILEX GASOL/ALCO

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ES 2015 2015

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COA. PRÉDOMINANTE
2P/OCV/162CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 2 3

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
1 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1 2 3

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CRATO 1/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

UNIÃO SEGURADORA

22 MAI 2017

PROCURAÇÃO

Outorgante: Renato do Nascimento Silva
 brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Soldador,
 residente e domiciliado à Rua Maceio, nº 119,
 bairro Pontanel, Município de Crato,
 Estado de(o) Ceará, Cep: 63103-200, portador(a) do Rg
 nº 98029284830, SSP/ e CPF nº 876.773.263-15.

Outorgado: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro(a), estado civil-
 CASADO, profissão- AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à Rua
 MAURICIO ALMEIDA, nº 26, bairro ZACARIAS GONÇALVES Município de
 CRATO, Estado de (o) CEARA Cep.: 63110130 portador (a) do RG nº
 1130536-86 SSP/ CE e CPF nº346.395.783-34

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e
 constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de
 requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT,
 o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a)
Renato do Nascimento Silva ocorrido em
09/11/2016, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a)
 próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de
 endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de
 Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro
 DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem
 precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel
 cumprimento do presente mandato.

22 de novembro de 2016

Renato do Nascimento Silva
 Outorgante
 CPF 876.773.263-15 Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



22 MAI 2017