

---

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA

**Nº Sinistro:** 3180253258

**Vitima:** FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA

**Data do Acidente:** 11/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EVERARDO DE SOUSA LEITE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180253258**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA

**Nº Sinistro:** 3180253258

**Vitima:** FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA

**Data do Acidente:** 11/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EVERARDO DE SOUSA LEITE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180253258**.

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](http://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, 01 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de: FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA**

**Nº Sinistro: 3180253258**  
**Vítima: FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA**  
**Data do Acidente: 11/01/2018**  
**Cobertura: INVALIDEZ**  
**Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180253258**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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**

Carta nº 13656660

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 a 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 AST

CPF da Vítima

945.516.693-34

Nome completo da vítima

FRANCISCO TIAGO SERAFIM LARELA

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

Nome completo <b>FRANCISCO TIAGO SERAFIM LARELA</b>	CPF titular da conta <b>945.516.693-34</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>516 MACENA ARAUJO</b>	Número <b>90</b>	Complemento <b>larela</b>
Bairro <b>ABAÍARA</b>	Cidade <b>BONFIM</b>	Estado <b>CE</b>
E-mail	CEP <b>63180-000</b>	
Telefone (DDD) <b>32992713739</b>		

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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 0454	DN <input type="text"/> 15	CONTA NRO. <input type="text"/> 32005	DN <input type="text"/> 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome <b>BRADESCO</b> NRO <b>237</b>			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 0454	DN <input type="text"/> 15	CONTA NRO. <input type="text"/> 32005	DN <input type="text"/> 6
(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 efetivação do crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

01 JUN 2018

Olá, 21 de MAIO de 2013

Local e Data

 Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ:21.487.736/0001-06

Francisco Tiago Serafim Larela

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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

**FRANCISCO TIAGO SEKAFIM VIANELA**

CPF da Vítima

**945.516.693-34**

Data do Acidente

**11-01-2013**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <b>83992713730</b>

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

**Porto Alegre, 21 de Maio de 2018**

Local e Data

**Francisco Tiago Sekafim Vianela**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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

**FRANCISCO TIAGO SEKAFIM VIANELA**

CPF da Vítima

**945.516.693-34**

Data do Acidente

**11-01-2013**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <b>83992713730</b>

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

**Porto Alegre, 21 de Maio de 2018**

Local e Data

**Francisco Tiago Sekafim Vianela**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



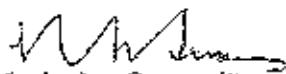
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA, portador do RG 2000034016075 inscrito no CPF 945.516.693-34, no dia 11/01/2018, às 21h18, no município de Crato/CE, no sítio Roeraldo, na zona rural, vítima de colisão moto com animal, sendo encaminhado para o Hospital São Francisco Maternidade de Crato. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 19 de Janeiro de 2018

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 166918	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2000034016075			Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 15/01/1982	Local CRATO/CE		Maior de 35 Ano(s)	
Pai PEDRO MARCILIO NOBRE		Mae EVA MARIA SERAFIM		
Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972		Bairro CENTRO	CEP 63105-000	Município CRATO
Profissão VENDEDOR		Empresa	Conjugue	UF CE
Responsável 9700022004063415		CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	Município CRATO
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/01/2018	Hora 22:09	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCELO FELIX DE FREITAS			CRM/UF 10797/CE	Tipo Atendimento SUTURA
Indicador de Arildante			Funcionário MARLES FRANCELINO MENDES DA SILVA	
Observação				
Sala		Date/Hora Liberação 11/01/2018 22:33	Tipo de Saída Alta	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)

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

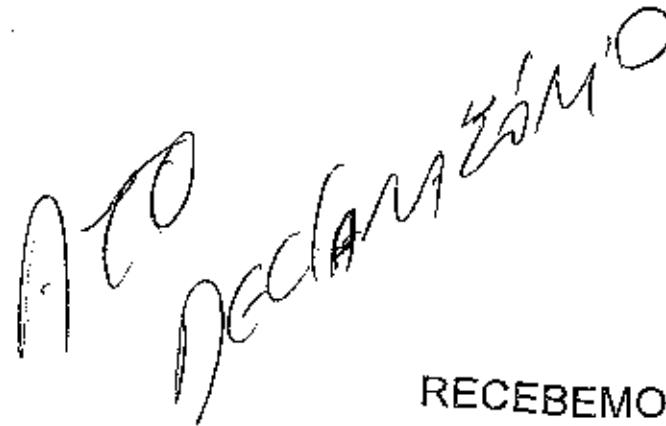
11/01/2018 22:33:49h Responsável: MARCELO FELIX DE FREITAS CRM-CE 10797

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ARESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM MÍGOS E MMII

CD:

1-SUTURA  
2-VOLTA REM, IM

  
Dr. Marcelo Freitas  
Medico  
CRM-CE 10797

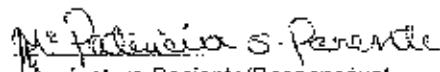


RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

MARCELO FELIX DE FREITAS - CRM: 10797

  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: 9700022004063415



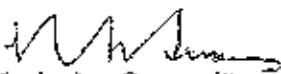
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA, portador do RG 2000034016075 inscrito no CPF 945.516.693-34, no dia 11/01/2018, às 21h18, no município de Crato/CE, no sítio Roeraldo, na zona rural, vítima de colisão moto com animal, sendo encaminhado para o Hospital São Francisco Maternidade de Crato. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 19 de Janeiro de 2018

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 166918	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA		CNS	Guia de Autorização
Documento(s) de Identidade: 2000034016075				Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 15/01/1982	Local CRATO/CE			Maior de 18 Anos	Idade 35 Ano(s)
Pai PEDRO MARCILIO NOBRE		Mae EVA MARIA SERAFIM			
Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972		Bairro CENTRO	CEP 63105-000	Município CRATO	UF CE
Profissão VENDEDOR		Empresa	Conjugue		
Responsável 9700022004063415		CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	Município CRATO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/01/2018	Hora 22:09	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCELO FELIX DE FREITAS			CRM/UF 10797/CE	Tipo Atendimento SUTURA
Indicador de Arildante			Funcionário MARLES FRANCELINO MENDES DA SILVA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 11/01/2018 22:33			Tipo de Saída Alta
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)

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

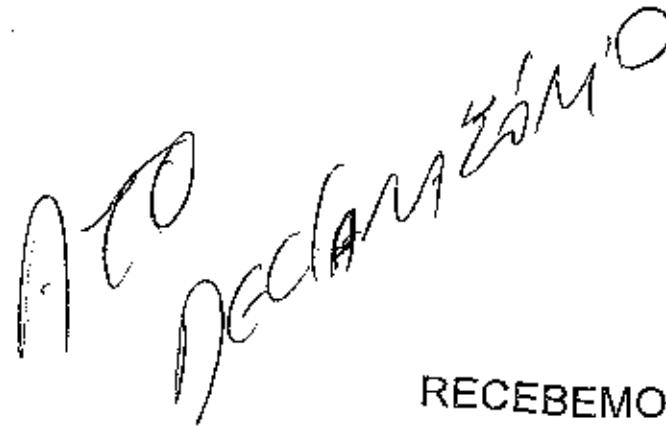
11/01/2018 22:33:49h Responsável: MARCELO FELIX DE FREITAS CRM-CE 10797

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ARESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM MÍGOS E MMII

CD:

1-SUTURA  
2-VOLTA REM, IM

  
Dr. Marcelo Freitas  
Medico  
CRM-CE 10797

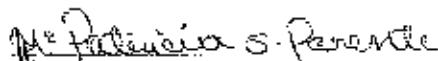


RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

MARCELO FELIX DE FREITAS - CRM: 10797

  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: 9700022004063415

6621398-3  
Para regular seu entendimento, utilize o nº ídima  
exclusivo que encontra no seu documento.

IBI-440 - 00010-10-426  
de 26 de outubro de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rod. Forte Valença, 32  
CEP 60000-000 | Fortaleza/CE  
www.ene.ce.gov.br | (85) 3222-1000

ene

CONTA DE ENERGIA ELETTRICA GRUPO 01 SÉRIE 03 [ME]		500104320				
Rota 26 13011 01 103200 - 0	Data de Emissão	10/11/2017				
Nome MARIA PATRICIA DA SILVA PARENTE						
End. Postal ST MACENA ARAJARA 00090 CS						
DISTRITO ARAJARA - GARDALIA -						
Medidor 2731718	Posto	0200 6325				
Classe 04-RURAL MONOFASICO	Fator de Potência					
RG / CPF / CNPJ 046488803-40	F04P					
Nome do Responsável						
DATAS						
Mês de Residência	Data de Apresentação	Próxima Leitura				
Nov/2017	11/12/2017	11/12/2017				
ÍNDICE DE QUALIDADE DO ENRUMECIMENTO						
Veja a legenda no verso desta conta.						
Genérico	CRC					
Mês	Set/2017	EIGD 29,15				
PROMOÇÃO DE CONSUMO						
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto				
3670,00	DIC	16,58				
Percada Individual						
	Mesal	Trimestre	Anual	Mesal	Trimestre	Anual
		21,15	42,30	9,06	1,47	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL						
2167,00	FIC	7,55				
	DMIC	5,69				
Ajuste Individual						
				9,06		
INFORMAÇÕES SOBRE O FUTURAMENTO DO CONSUMO						
Var. Anual	Lct. Anterior	Consumo Estimado (MWh)	Conc. Ind.	Conc. Fct.	Trimestre (MWh)	Valor (R\$)
4922	3694	1.00	128	0,00	128	3.128,17
10/11/17	18/02/18	01/06/18	128			45,3
DESPESA DE CONSUMO			VALOR (R\$)			
VALOR CONSUMO DO MES			49,3			
MULTA HORÁTORIA REF 08/2017			0,7			
DOAÇÃO FUNDACAO TERRA (85) 3296 - 3600			3,00			
ADDITIONAL BANDEIRA VERDE/VERMELHA MES C 94 5 29 3						

## RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

**VENCIMIENTO** **VALOR** **TOTAL A** **PAGAR** **ESTIMADO**

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (Kg/Hora)		
Compreenda sua emissão de CO <sub>2</sub> e ajude a diminuir		
Emissão kg [CO <sub>2</sub> ]	Compensar kg [CO <sub>2</sub> ]	Cancelada Ecologicamente [CO <sub>2</sub> ]
55,32	0,00	0,00

Consta dessa fatura R\$ 1,00 referente a PIS e CTPS-RJ (jovens) R\$10,64 e CTPS-RJ 99% (PIS) e PIS-CR 100% (jovens) - (PIS) e (PIS-CR) de 01/01/2010 a 31/12/2010.

Nº do Clicar: 6621398-3 Referência: Nov/2017  
Data de Emissão: 10/11/2017 Total a Pagar (R\$): 53,01  
Nº do Núm. Fatura: 562139833 N.º da Conta: 9866632320-2017-11-10-01-01

**SOCIEDADE ANÔNIMA DE  
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO**  
Av. Teodoro Teles, nº 30 - Centro  
Crato - Ceará - CEP: 63.100-181  
Fone: (88) 3523-2044 - C.N.P.J.: 07.172.885/0001-55  
ouvidoria@saaecrato.com.br

Impresso Em: P4/05/2018 10:16:34		Impresso Por: 631		
EVERARDO DE SOUSA LEITE		ABR/2018		
RUA MAURICIO ALMEIDA 26		INF/AN		
2ACARIAS GONCALVES 63100-000		NR. CTA: 180435515		
Localização: 00-28-002020		CATEGORIA/QUANTIDADE		
PROCESSO: 035515-6 COD. LEITURISTA: ****	1 - RES; R-1			
DESCRICAÇÃO	VALOR			
TA TARIFA DE ÁGUA	34,96			
TRIBUTOS B.CÁLCULO X ALIQUOTA				
PIS 34,96 1,65%	0,58			
CONFINS 34,96 7,60%	2,66			
CORRÊNCIA: ****				
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR	
**/**/****	**/**/****	25/05/2018	34,96	
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. PATERNO	MÉDIA
****	****	020 m <sup>3</sup>	020 m <sup>3</sup>	***
MÉTODO HIDROMETRICO	VAZAO 0 m <sup>3</sup>	ZIMETRO	DATA DE INSTALAÇÃO **/**/****	
DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIGENTE				
PERÍODO DA ANALISE: 02/05/2018				
ANALISE	UNIDADE	VNF	TOTAL DE ANALISES REALIZADAS	VALOR MÉDIO DETECCAO
CLORO	CL	1 à 5	1178	1,03
COR	CR	0 à 15	0	0
COLIFORMES	CT	0 à 0	60	Ans.
ESCHERICHIA	EC	0 à 0	60	0
FLUOR	FL	0 à 1,5	0	0
PH	PH	6 à 9,5	1178	6,8
TURBIDEZ	TR	0 à 5	60	0,68

**RECEBEMOS**

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ.21.487.736/0001-06

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 faixa 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 EVERARDO DE SOUSA 66-176 inscrito (a) no CPF 346.395-783-134 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO TIAGO SENHOR VARELA inscrito (a) no CPF sob o N945.516.693-34, do sinistro de DPVAT cobertura INVAL/962 da Vítima FRANCISCO TIAGO SENHOR VARELA, inscrito (a) no CPF sob o N945.516.693-34, 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	<u>Rua Maurício Almeida</u>	Número	<u>26</u>	Complemento			
Bairro	<u>ZACAMAS GRANDES</u>	Cidade	<u>Pará</u>	Estado	<u>Pará</u>	CEP	<u>63110130</u>
Email	<u>EVERARDO@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>88992713730</u>	Telefone celular (DDD)	<u>88996174242</u>		

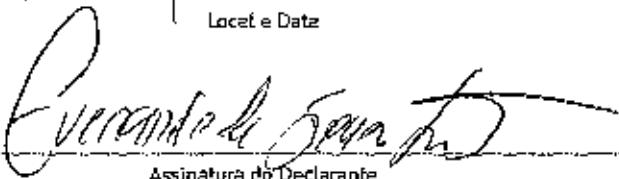
RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-05  
DLDRL.001 V001/2017

Pará, 21 de MAIO de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Alendinente	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
186918	0003	FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA		
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade:	2000034016075		Casado(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local			Idade
15/01/1982	CRATO/CE			35 Ano(s)
Pai		Mae		
PEDRO MARCILIO NOBRE		EVA MARIA SERAFIM		
Endereço		Bairro	CEP	Município
RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972		CENTRO	63105-000	CRATO
Profissão	Empresa	Conjuge		
VENDEDOR				
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
9700022004063415		RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	CRATO	CE
CEP Telefone				
UF CE 88 35877600				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Motivada	CGD	
11/01/2018	22:09	SIUS			
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento	
MARCELO FELIX DE FREITAS			10797/CE	SUTURA	
Indicador de Acidente			Funcionário	IARLES FRANCÉLINO MENDES DA SILVA	
Observação					
Saia		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
		11/01/2018 22:33		Alta	
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PÁ (cmHg)

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

11/01/2018 22:33:49: Responsável: MARCELO FELIX DE FREITAS CRM-CE 10797

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ARESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM MÍDIA E MÍDIA

CD:

1-SUTURA

2-VOLTAREM, IM

Dr. Marcelo Freitas  
Medico  
CRM-CE 10797

RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

MARCELO FELIX DE FREITAS - CRM: 10797

*Patrícia S. Parente*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: 9700022004063415

# RECEBEMOS

01 JUN 2010

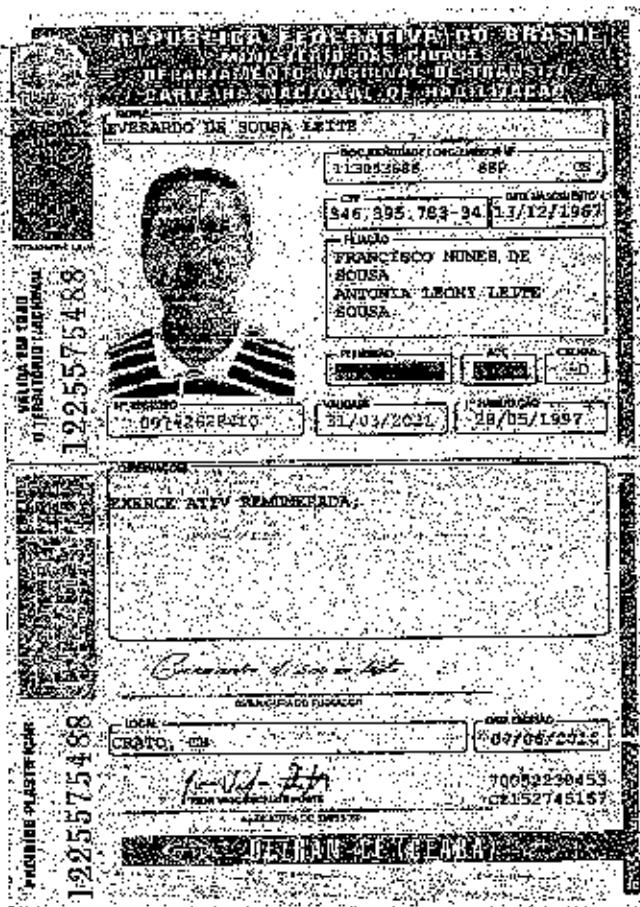
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



# RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06





## PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO JAIAGO DE FARIAS V  
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTOMOTOR  
residente e domiciliado à Rua SINOP MARESIA  
nº 90 bairro FREGUESIA Município de CIAZ  
Estado de RJ CEP: 20000-34016075, SSPL 06 e CPF nº 945.516.693-34

**Outorgado:** EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro (a), estado civil, Casado, profissão- Autônomo, residente e domiciliado à Rua Mauricio Almeida, nº 26, bairro Zacarias Gonçalves, Município de Crato, Estado do Ceará Cep.: 63110130, portador do RG nº 1130536-86 SSP/ CE e CPF nº 34639578334

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) Franisco TIA60 nascido em 11/01/2018, ocorrido em 11/01/2018, 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.

de ..... 08 FEV. 2018 de 2018.

## RECEREMOS

6.1 11/11/2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

Francisco Teixeira Siqueira Varela  
Outorgante

Nº

945.516.69<sup>OPF</sup>34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



### -Recorriendo los Elementos por Autonomía

Francesco Tocino

ou Fe. Em. Test. \_\_\_\_\_ da verdade

data (dd) / 08 FEV / 16 de 20

ALBERT CO/IGUE BE PREPARE

## Lucie Fulger der F. Martina - Substitute Deputy Minister of Justice - Secretary

**ALMEIR SORVETE COM BELO DE ALMIR SORVETE**