

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 LÍDER 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** 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 12905053



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** 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 12905165



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 o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	945.516.693-34	FRANCISCO TIAGO SERAFIM LARELA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
FRANCISCO TIAGO SERAFIM LARELA		945.516.693-34		AUTÔNOMO	
Endereço		Número		Complemento	
S/NO MACENA APAJARA		90		MURAL	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
APAJARA	BOMBALHA	CEARA	63180-000		
Email			Telefone (DDD)		
			88992713730		

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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BRADESCO		NRO 237		BANCO Nome BRADESCO		NRO 237	
AGÊNCIA NRO. 0454		D/V 5		CONTA NRO. 32005		D/V 6	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

01 JUN 2018

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

Local e Data

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 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

FRANCISCO TIAGO SEABIM VARELA

CPF da Vítima

945.516.693-34

Data do Acidente

11-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

88992713730

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.

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

Carato 21 de Maio de 2018
Local e Data

Francisco Tiago Seabim Varela
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 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 FRANCISCO TIAGO SERRA M VARELA	CPF da Vítima 945.516.693-34	Data do Acidente 11-01-2018
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD) 88992713730

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.

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

Carato 21 de **MAIO** de **2018**
Local e Data

Francisco Tiago Serram Varela
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 Romalão, 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 Cristino 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 Cecineide 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		Idade 35 Ano(s)
Pai PEDRO MARCILIO NOBRE		Mãe EVA MARIA SERAFIM		
Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972		Bairro CENTRO	CEP 63105-000	Município CRATO
Profissão VENDEDOR		Empresa	Conjuge	UF CE
Responsável 9700022004063415		CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	Município CRATO

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 Atendimento		Funcionário IARLES FRANCELINO MENDES DA SILVA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação 11/01/2018 22:33		Tipo de Sala Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

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

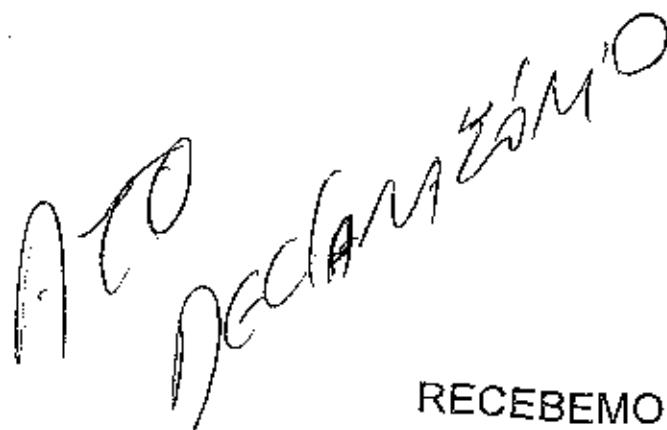
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM
MÍSS E MMII

CD:

1-SUTURA

2-VOLTAREM, IM


Dr. Marcelo Freitas
Médico
CRM-CE 10797

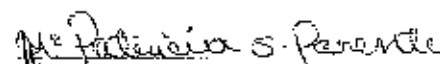


RECEBEMOS

01 JUN 2018

Maria Geacineide 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 Romalão, 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 Cristino 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 Cecineide 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		Idade 35 Ano(s)
Pai PEDRO MARCILIO NOBRE		Mãe EVA MARIA SERAFIM		
Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972		Bairro CENTRO	CEP 63105-000	Município CRATO
Profissão VENDEDOR		Empresa	Cônjuge	UF CE
Responsável 9700022004063415		CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	Município CRATO

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/01/2018	Hora 22:09	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento MARCELO FELIX DE FREITAS		CRM/UF 10797/CE		Tipo Atendimento SUTURA
Indicador de Atendimento		Funcionário IARLES FRANCELINO MENDES DA SILVA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação 11/01/2018 22:33		Tipo de Salda Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

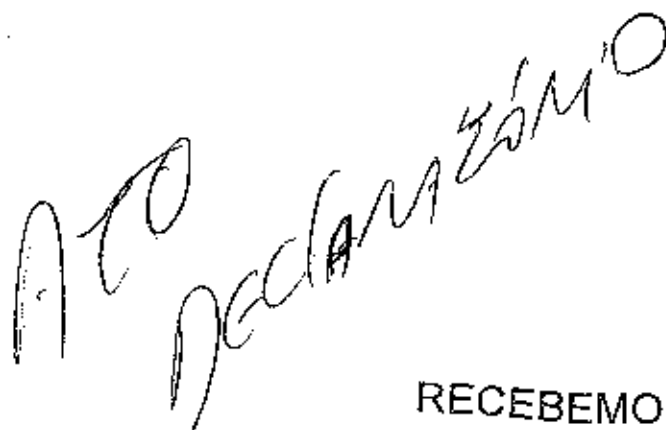
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM
MÍSS E MMII

CD:
1-SUTURA
2-VOLTAREM, IM


Dr. Marcelo Freitas
Médico
CRM-CE 10797

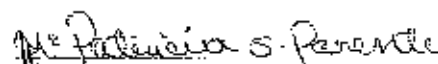


RECEBEMOS

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 emissão de fatura, utilize o nº acima
 sempre que emitir em duplicata correta.

Boleto - pelo LEP nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Fátima Vilasboas, 130
 CEP 60060-040 (Fátima) - Fortaleza - CE
 CNPJ 07.047.261/0001-70 | CEF 00.005.046-5

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B - 1 Nº 500104320
 Rota 26 13011 01 103200 - 0 Data de Emissão 10/11/2017
 Nome MARIA PATRICIA DA SILVA PARENTE
 End. Postal ST MACENA ARAJARA 02090 CS
 DISTRITO ARAJARA - BARBALHA -
 Medidor 2731718 Poste 0200 8323
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG/CPF/CNPJ 046488803-40 RGPF

DADOS			SÍNTESE DE EXATIDÃO DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Ver a leitura no verso desta conta.	Conjunto	CEFC
Nov/2017	15/12/2017	11/12/2017	Mês	Set/2017	EBD 20,35
DEMONSTRATIVO DE CÔNTO			PAGAMENTO DE CÔNTO		
Data de Cálculo (R\$)			Parcela Individual		
Alíquota			Apuração Individual		
Valor do Imposto			Mês	Tela	Anual
12,00			DIC	16,50	21,15
			FEV	7,50	16,10
			DMIC	5,60	-

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Anual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)
4922	3834	1,00	128	2,00	128	3,12	128	4,25	128
10/11/17	10/11/17	31 04/18							

VALOR CONSUMO DO MÊS 49,30
MULTA MORATORIA REF 08/2017 0,71
DOAÇÃO FUNDAÇÃO TERRA (R\$) 3296 - 3600 3,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 5,29)

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
Composição do Valor de Consumo		Histórico de Consumo (últimos 12 meses)	
Energet	20,35	22,77	126
Transmissão	2,35	118	128
Distribuição	16,30	46	127
Encargos Setoriais	4,35	151	128
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	1,75	135	131
TOTAL	49,30	129	138

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÃO DE CÔNTO		
Compensa sua emissão pelo consumo de energia elétrica	Compensação (KWh)	Compensação (R\$)
Emissão (KWh)	55,32	0,00

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
Prestações em atraso		Mês/Ano	
PARTICIPANDO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		10/2017	46,60
Prazo (cliente, corrigido) em atraso controlado contendo a seguinte:		Total	46,60
Segue o detalhamento do débito: 0 no pagamento de dívida impositiva			
de possibilidade de suspensão ou interrupção de energia em 15 dias			
após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL nº 414/10, Art. 172			
e no art. 173, parágrafo único e inciso III, das informações nos órgãos de proteção			
ao crédito e CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento			
ou favor desconsiderar o aviso.			
NÃO PODEMOS CANCELAR LEITURA POR FALTA DE LEITURA ANTERIOR POR 06 MÊS			
Consta desta fatura R\$ 1,75 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS 0,64% e COFINS 0,92%			

Nº do Cliente: 6621398-3 Referência: Nov/2017
 Data de Emissão: 10/11/2017 Total a Pagar (R\$): 53,01
 Nº da Nota Fiscal: 500104320 Nº de Controle: 0006621398-02/13 36172 14

8383000000-4 53010001000-5 0006621398-1 00033037239-1





**SOCIEDADE ANÔNIMA DE
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO**
Av. Teodoro Siles, nº 30 - Centro
Crato - Ceará - CEP: 83.100-181
Fone: (88) 3523-2044 - C.N.P.J.: 07.172.885/0001-55
ouvidoria@saaecrato.com.br

Impresso Em: 04/05/2018 10:15:34
Impressão Por: 551

EVERARDO DE SOUSA LEITE		AER/2018	
RUA MAURICIO ALMEIDA 26		MPS/ANO	
2ACARIAS GONCALVES 63100-000 CEARÁ		180435515	
Localização: 00-28-002020		CATEGORIA/QUANTIDADE	
PROCESSO: 035515-6	COD. LEITURISTA: ****	1 - RES: R-1	
DESCRICAO		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	
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
//****	**/**/****	25/05/2018	34,96
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. FATURADO
****	****	020 m3	020 m3
NR DO HIDROMETRO		VAZAO	DIA METRO
S/HIDROMETRO		0 m3	DATA DE INSTALACAO
OCCORRENCIA: ****			
DADOS DOS ULTIMOS 6 MESES		MENSAGEM	
MES	CONSUMO	M3	MEIA
***	**	**	
***	**	**	
***	**	**	
***	**	**	
***	**	**	
***	**	**	
		A LEI MUNICIPAL Nº 3.414/18 - PARCELAMENTO ESPECIAL-PAES, OFERECE ATÉ 30/06/2018, DESCONTOS DE ATÉ 100% NOS JUROS/MULTAS SOBRE OS DEBITOS VENCIDOS ATÉ FEVEREIRO DE 2018, VENHA ADERIR! MESES EM DÉBITO: JUN/17- CASO O DÉBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE ABAVISO	
DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIGENTE		PERIODO DA ANALISE	02/05/2018
PARAMETRO	UNIDADE	VMP	TOTAL DE ANALISES REALIZADAS
CLORO	CL	1 à 5	1178
COR	CR	0 à 15	0
COLIFORMES	CT	0 à 0	60
ESCHERICHIA	EC	0 à 0	60
FLUOR	FL	0 à 1,5	0
PH	PH	6 à 9,5	1178
TURBIDEZ	TR	0 à 5	60
			VALOR MEDIO DETECTADO
			1,03
			0
			Ans.
			0
			0
			6,8
			0,68

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERARDO DE SOUSA LITE inscrito (a) no CPF 346.395-783 - 134 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO TIAGO SENARM VARELA inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.516.693/34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima FRANCISCO TIAGO SENARM VARELA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.516.693/34, 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 Líder-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 MAURICIO ALMEIDA</u>		Número	<u>26</u>	Complemento
Bairro	<u>LACANAS GRANDES</u>	Cidade	<u>CRATO</u>	Estado	<u>CE</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 Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-05
DLDR.001 V001/2017

CRATO 24 de MAIO de 2018
Local e Data

Everardo de Sousa Lite
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

Encaminhamento de Paciente

Dados do Paciente

Nome : FRANCISCO NAGO SEHAJIM VAREI
Data Nasc : 15/01/1982 Idade : 35a11m27d
Sexo : M
Nome da mãe : EVA MARIA SEHAJIM
Episódio : 4208007
Prontuário :
Admissão : 11/01/2018 22:07

Tempo de classificação : 00:01:44
Tempo de sala : 00:00:38

Prioridade : AMARELO

Queixa/Motivo :

paciente vítima de acidente de motocicleta,
apresentando lesão em MSD E MID
Fluxograma : 00 - Fendas
Discriminação : Dor moderada

Avaliação de Medidas Cúnicas	
Descrição	Valor
ECG	15
Dor	8

Observação:

Medidas Complementares

Alergia: NÃO
Histórico de Doenças : NÃO
Suspeitas NENHUMA

Encaminhamento

Departamento: Cirurgia Geral

Classificador : RINALDO NICOLAI ALVES
Profissão : Enfermeiro

Carimbo e Assinatura
Data 23/06/2018 Hora 09:10

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Pontuação 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			Idade 35 Ano(s)
Paí PEDRO MARCILIO NOBRE		Mãe EVA MARIA SERAFIM		
Endereço RUA JOSE ALVES DE FIGUEIREDO, 972	Bairro CENTRO	CEP 63105-000	Município CRATO	UF CE
Profissão VENDEDOR	Empresa	Cônjuge		Teléfono 88 35877600
Responsável 9700022004083415	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 SIUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCELO FELIX DE FREITAS	CRM/UF 10797/CE			Tipo Atendimento SUTURA
Indicador de Acidente		Funcionário IARLES 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 (bpm)
				PA (mmHg)

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

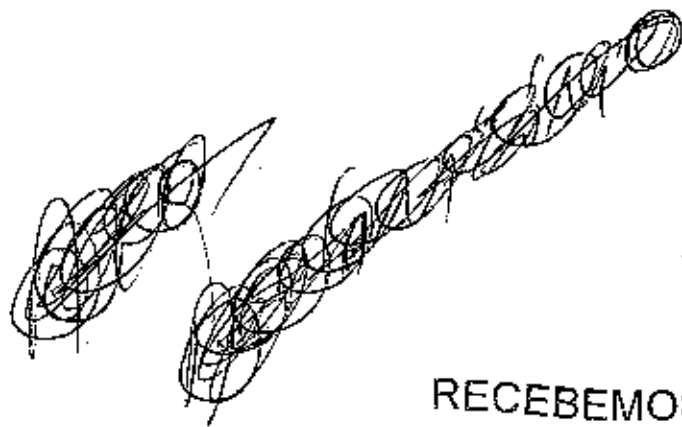
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ E ESCORIAÇÕES EM
MÃOS E MMII

CID:

1-SUTURA

2-VOLTAREM, IM


Dr. Marcelo Felix de Freitas
Médico
CRM-UF 10797

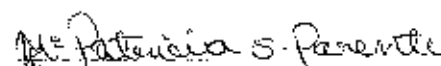


RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

MARCELO FELIX DE FREITAS - CRM: 10797


Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: 9700022004083415

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome: FRANCISCO TEAGS SEBASTIAO VARELA

CPF: 05189953546

RG: 516.693-5

Data Nascimento: 25/01/1982

Sexo: M

Estado Civil: CASADO

Profissao: ADVOGADO

Assinatura: [Assinatura]

Local: JOAO P. DO NORTE, CEE

Data Emissao: 07/11/2017

Valor: 5185018518

Codigo: CE1820940017

CEARA

1497200798

PROBIDO PLASTIFICAR

SEM OBSERVACAO

1497200798

01 JUN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME EVERARDO DA SOUSA LEITE	
	DOCUMENTO ORIGINAL Nº 13013588 SSP CS
	CIVIL 346.395.783-94 DATA DO CASAMENTO 11/12/1967
	FUNÇÃO FRANCISCO MUNES DE SOUSA ANTÔNIA LEONY LEITE SOUSA
	PREENCHO ACE CELEBR SUA SUA AD
Nº RENOV 0914262RQ	VÁLIDA 31/03/2021
	VALIDADE 28/05/1997
EXERCICE ATIV. REMUNERADA.	
<i>Exercício de 1500 em 1997</i>	
LOCAL COTO, SP	
DATA EMISSÃO 07/06/2015	
<i>Rua Vitorino - 24</i> RUA VITORINO LIMA MONTES	
7009229053 02152745157	

SECRETARIA DE TRANSPORTES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013868112820
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM - RNTRO - EXERCÍCIO
PPT. 01 00484757610 000000000 2017

NOME
MARIA GECINAIDE F. NOBRE
BARBOSA

CPF / CNPJ PLACA
8356373-00 013868112820

PLACA ANT.-LUF CHASSI
/LUF 157297 000000000

ESPECÍFICO COMEÇATIVO
PAS/MOTOCICLO 150 250 350 450 550 650 750 850 950 1050 1150 1250 1350 1450 1550 1650 1750 1850 1950 2050 2150 2250 2350 2450 2550 2650 2750 2850 2950 3050 3150 3250 3350 3450 3550 3650 3750 3850 3950 4050 4150 4250 4350 4450 4550 4650 4750 4850 4950 5050 5150 5250 5350 5450 5550 5650 5750 5850 5950 6050 6150 6250 6350 6450 6550 6650 6750 6850 6950 7050 7150 7250 7350 7450 7550 7650 7750 7850 7950 8050 8150 8250 8350 8450 8550 8650 8750 8850 8950 9050 9150 9250 9350 9450 9550 9650 9750 9850 9950

MARCA/MODELO ANO PREV. ANO MOD
HONDA/200 125 FAN XS 2012 2017

CAP / POT. OIL CATEGORIA COH. PREDOMINANTE
250CC/12500 FANTIC PRETA

BOTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1 2 3

FAIXA L.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
157297 03650 157297 03650 157297 03650 157297 03650

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
BARBOSA 07/05/2017

Assinatura do titular

Assinatura do DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OUTROS SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT

CE Nº 013868112820 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 EMISSÃO
2017 07/05/2017

CPF / CNPJ PLACA
8356373-00 013868112820

RENAVAM MARCA/MODELO
000000000 HONDA/200 125 FAN XS

ANOTAB. COTAS PRECATORIO
250CC/12500 FANTIC PRETA

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
157297 03650 157297 03650 157297 03650

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) COTA ÚNICA
157297 03650 157297 03650 157297 03650

PAGAMENTO DATA DE QUITACAO
157297 03650 157297 03650 157297 03650

SEGURODPVAT

CNPJ 08.240.808/0001-04

DETOR: 000000000 000000000 000000000

013868112820
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE RECEBEMOS

ASSINATURA

Maria Gecinaide F. Nobre
Correio de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06



03625
0109657
CÓD. RENAVAM
00484757610
157297 03650

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTÔNOMO,
residente e domiciliado à Rua SINO MASCENA,
nº 90 bairro ADRIANA Município de CRATO Estado
de CEARA Cep: 63110130 portador(a) do Rg
nº 2000034016075 SSP/CE e CPF nº 945516693-34

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
Ceara 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)
FRANCISCO TIAGO SERAFIM VARELA 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.

Crato, de 08 FEV. 2018 de 2018.

RECEBEMOS

01 JUN 2018

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

Francisco Tiago Serafim Varela
Outorgante
945.516.693-34 CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

