



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2016

Carta nº: 8842478

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160198128
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2016

Carta nº: 8995114

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160198128 ASL-0143908/16
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2016

Carta nº: 9780714

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160198128 ASL-0143908/16
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 terceiro 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, Francisco Antonio da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 100369853

EXPEDIDO POR

SSP - RJ

EM 11/03/2016CPF 06997474784 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Engenheiro

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Antonio da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 aparecem 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.

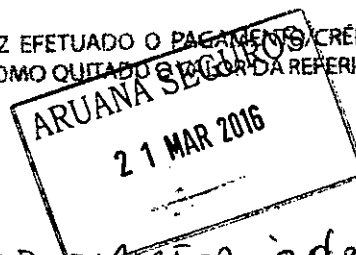
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0958-033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3928-7

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.



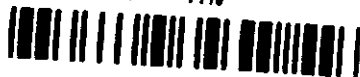
Beberide A de Almeida de 2016 Francisco Antonio da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





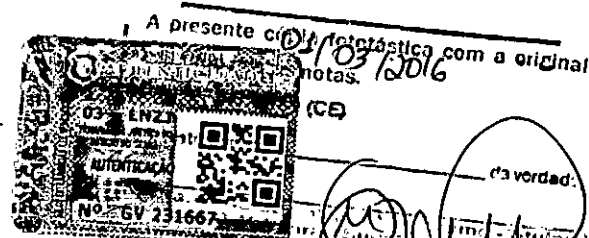


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BEBERIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 426 - 410 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/02/2016 10:01:32**
Data / Hora da Ocorrência : **04/12/2015 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LGO MACAPÁ**



CENTRO BEBERIBE /CE

Ponto de Referência: **PROX A IGREJA MANANCIAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**
Nascimento : **27/11/1971**
RG: **100169853** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **JOSE BATISTA DA SILVA**
MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA
Endereço: **R MACAPÁ QUADRA 4**
SITIO LUCAS
BEBERIBE CE BRASIL

Telefone: **8591753610**

310019 8128
Regular

Histórico

Disse que no dia 04.12.2015 por volta das 20h00min o registrante transitava na localidade de Macapá nas proximidades da igreja Manancial de Cristo em uma moto HONDA NXR 150 BROS ESD DO ANO DE 2012/2013 DE COR VERMELHA DE PLACAS ORY2229 DE CHASSI 9C2KD0540DR105653 de propriedade de FRANCISCO ANTONIO DA SILVA e sendo este que pilotava tal moto, quando uma pessoa em alta velocidade colidiu com o registrante do lado direito da moto mencionada, ficando o mesmo estendido ao solo com várias lesões e quatro fraturas na perna direita ; QUE em decorrência do acidente o registrante continua até os dias atuais andando apoiado com moletas devido estar com parafusos e placas na referida perna; QUE foi socorrido pelo próprio causador do acidente para o hospital local e depois transferido para um outro na cidade de Fortaleza (não apresenta declaração do SAMU), este presente B.O segue assinado por duas testemunhas. E nada mais registrou.

OBS.: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB;

Testemunha I

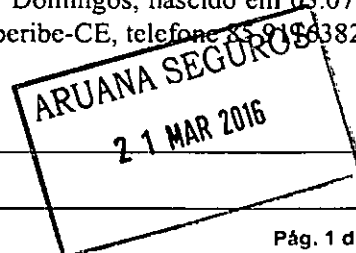
MANUEL CELIO GOMES DA COSTA, filho de Manuel Antonio da Costa e Luisa Gomes da Costa, nascido em 08.11.1968 em Beberibe-CE, portador do RG 275739910 reside em Rua Rizalva Teixeira Peixoto, Sítio Lucas, Beberibe-CE, telefone 85 86455851.

Manuel Celio Gomes da Costa

Testemunha II

MARCOS DOMINGOS TEIXEIRA, filho de Antonio Alves Teixeira e Maria Leonor Domingos, nascido em 03.07.1983 em Itapipoca-CE, portador do RG 2004002161625 reside na localidade de Macapá, Beberibe-CE, telefone 85 919838250

Marcos Domingos Teixeira





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 426 - 410 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BEBERIBE

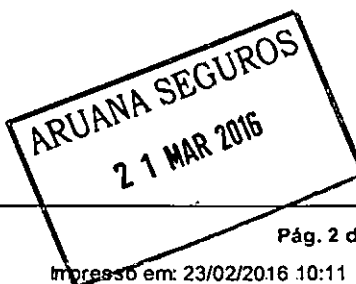
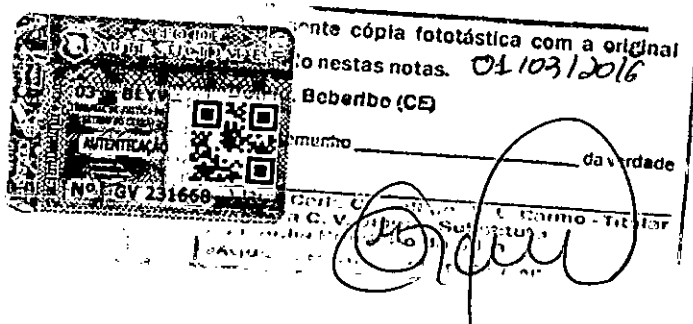
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

ROSA DE FÁTIMA BARBOSA DE OLIVEIRA - MAT.: 404537-1-7



HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR DOURADO
FICHA DE REFERÊNCIA

Nº 15730002920

AGENTE

Unidade de Origem: Hm - D

Distrito Sanitário: Sede

Obs.: 1 - Preencha esta ficha em 3 vias

2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Nome: Francisco Antonio da Silva

Documentos: RG ☒ CPF: ☐ Certidão de Nascimento ☐ Nenhum ☐ Nº 100163853

Filiação: Pai: José Batista da Silva Mãe: Mª da Conceição da Silva

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 27/11/1971 Ocupação:

Endereço: Mt. C. A. R. V. 07 Casa 09

Obs.: No caso do paciente ser menor, informar o nº do documento do responsável

Motivo do encaminhamento

história de colica (mto - mto) há cerca de 10 minutos. Repetida em p.e.

Resultado de Exames

Apêndice: deformidade MID região distal. Não dispermios de radiografia.

Conduta já realizada

- Analgesia

Impressão diagnóstica - Fratura MID (?)

Ortop

Assinatura do encaminhante - Nº do Registro

Função

04/12/15

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Ortop Profissional: Ortopédico

Unidade de Referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência:

Município: Prontuário Nº Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico

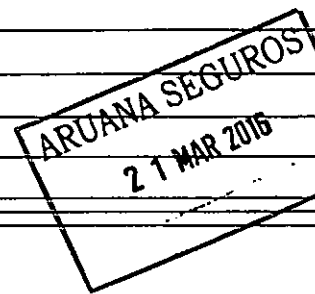


Resultado do Exame:

Diagnóstico: Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:



CID:

CID:

CID:

Proposta de conduta para seguimento

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

Assinatura do consultante - Nº do Registro

Função

Data

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMC DE ALTA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Antonio da Silva, portador da carteira de Identidade nº 300169853 e inscrito no CPF/MF sob o nº 060.774.777-84, residente e domiciliado na ET. do macepa, Cidade Beberube, Estado Paraná, 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.

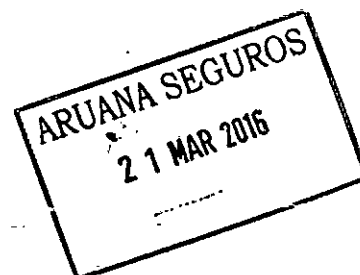


Francisco Antonio da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Beberube 01-03-2016

Local e data





SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO URBANO
E MEIO AMBIENTE - SEPLAN
COORDENADORIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO - COMUTRA

BOLETIM DE
ACIDENTE DE
TRÂNSITO

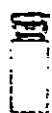
Nº

FOLHA

DATA: 01/08/2016		FÉRIA DA SEMANA: 2ª		MUNICÍPIO: Curitiba		UF: PR		ZONA: ☐ RURAL ☒ URB	
VIA 1: R. Pedro de Barros Ferraz		VIA 2: Estrada do Jacaré							
REFERÊNCIA (LOCALIDADE, ANO Nº LAT/LONG): R. do Louro									
Nº DE ENVOLVIDOS: ILESOS 01, FERIDOS 01, MORTOS 00			NATUREZA: ☐ COLISÃO TRASEIRA, ☐ COLISÃO FRONTAL, ☐ ENGAVETAMENTO, ☒ ABALROAMENTO LATERAL, ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL, ☐ CAPOTAMENTO, ☐ TOMBAMENTO, ☐ CHOQUE COM OB. FIXO, ☐ QUEDA, ☐ ATROPELAMENTO ANIMAL, ☐ ATROPELAMENTO PEDES, ☐ OUTROS						
Nº DE VEÍCULOS: 02									
CONDICÕES DO LOCAL									
Nº DE FAIXAS P/ SENTIDO: VIA 1, VIA 2		SEPARAÇÃO FÍSICA: VIA 1, VIA 2		TIPO DE PAVIMENTO: VIA 1, VIA 2		CONDIÇÃO DA PISTA: VIA 1, VIA 2		PASSEIO LATERAL: VIA 1, VIA 2	
TEMPO: ☒ BOM, ☐ GAROA, ☐ CHUVA, ☐ NEBLINA		☒ NÃO HÁ, ☐ PINTURA, ☐ CANTEIRO CENTRAL, ☐ OUTROS		☐ ASFALTO, ☐ CONCRETO, ☒ CASCALHO/TERRA, ☐ OUTROS		☐ BOA, ☐ ESCORREGADIA, ☒ DANIFICADA, ☐ EM OBRAS		☒ SIM, ☐ NÃO	
ALINHAMENTO HORIZONTAL: VIA 1, VIA 2		ALINHAMENTO VERTICAL: VIA 1, VIA 2		SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: VIA 1, VIA 2		SINALIZAÇÃO VERTICAL: VIA 1, VIA 2		TIPO DE CRUZAMENTO	
☐ INTERSEÇÃO, ☐ CURVA, ☐ RETA		☒ PLANO, ☐ RAMP, ☐ DEPRESSÃO, ☐ OUTROS		☐ BOA, ☐ REGULAR, ☐ RUIM, ☒ INEXISTENTE		☐ BOA, ☐ REGULAR, ☐ RUIM, ☒ INEXISTENTE		☐ ROTATÓRIA, ☐ COM VIA FÉR, ☐ MEIO DE QU, ☒ OUTROS	
NOME DO CONDUTOR: CARLOS ALBERTO DE SOUZA						SEXO: ☒ MASC, ☐ FEM		NASCIMENTO: 29/11/11	
ENDEREÇO DO CONDUTOR: R. MAURÍCIO R. L.									
HABILITAÇÃO: 2012/2016		CATEGORIA: AR		IDENTIDADE: 10169553		UF: PR		ORG. EMISSOR: SESE	
COMPORTAMENTO DO CONDUTOR: ☒ PERMANECIU NO LOCAL, ☐ ATENDEU À VÍTIMA, ☐ EVADIU-SE						ESTADO DO CONDUTOR: ☐ ILESO, ☒ FERIDO, ☐ MORTO, ☐ SNIF		USAVA CINTO OU CAPACE: ☐ SIM, ☒ NÃO	
PLACA: 1092222		ANO/FABRICAÇÃO: 2012		TIPO: AUTOMÓVEL		CAMINHÃO, REBOQUE/SEMI, ÔNIBUS, MICRO-ÔNIBUS			
MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222	
NOME DO PROPRIETÁRIO: CARLOS ALBERTO DE SOUZA						VEÍCULO ENTREGUE A:			
ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO: R. MAURÍCIO R. L.						MESMO DO CONDUTOR: ☒			
NOME DO CONDUTOR: CARLOS ALBERTO DE SOUZA						SEXO: ☒ MASC, ☐ FEM		NASCIMENTO: 18/07/11	
ENDEREÇO DO CONDUTOR: R. MAURÍCIO R. L.									
HABILITAÇÃO: 2012/2016		CATEGORIA: AR		IDENTIDADE: 10169553		UF: PR		ORG. EMISSOR: SESE	
COMPORTAMENTO DO CONDUTOR: ☐ PERMANECIU NO LOCAL, ☐ ATENDEU À VÍTIMA, ☒ EVADIU-SE						ESTADO DO CONDUTOR: ☒ ILESO, ☐ FERIDO, ☐ MORTO, ☐ SNIF		USAVA CINTO OU CAPACE: ☐ SIM, ☒ NÃO	
PLACA: 1092222		ANO/FABRICAÇÃO: 1997		TIPO: AUTOMÓVEL		CAMINHÃO, REBOQUE/SEMI, ÔNIBUS, MICRO-ÔNIBUS			
MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222		MOTORISTA: 1092222	
NOME DO PROPRIETÁRIO: CARLOS ALBERTO DE SOUZA						VEÍCULO ENTREGUE A:			
ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO: R. MAURÍCIO R. L.						MESMO DO CONDUTOR: ☐			

AVARIAS

VEÍCULO 1 (MARQUE COM UM "X" O LOCAL DA AVARIA)



VEÍCULO 2 (MARQUE COM UM "X" O LOCAL DA AVARIA)



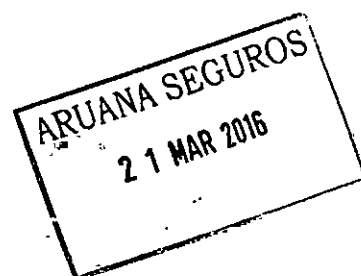


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fruinezio Antonio da Silva:RG nº 100169853, data de expedição 11/03/14, Órgão SSP-RJ,CPF nº 069.774.777-87 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>ET. do maceia</u>
Número	<u>04</u>
Apto / Complemento	<u>/</u>
Bairro	<u>ST. Lucas</u>
Cidade	<u>Beberibe</u>
Estado	<u>Leão</u>
CEP	<u>62840000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3334-3305</u>
E-mail	<u>/</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Beberibe 04-03-2016.Assinatura do Declarante: Fruinezio Antonio da Silva

Nº DO CLIENTE

6431890-7

Para atualizar 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.

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 - Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 06.105.848-3

coelce

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

Rota 03 20010 11 303094 - 4 Data de Emissão 04/12/2015
 Nome MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO DA SILVA
 End. Postal ET DO MACAPA 00000 CS 04 QUADRA 07
 SITIO LUCAS - BEBERIBE - 62840000
 Medidor 2030136 Poste 0000 0000
 Classe 01-RFIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 018621047-78 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2015	04/12/2015	06/01/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BEBERIBE
 Mês Out/2015 EUSD 10,60

ICMS

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

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,45	22,90	45,80
FIC	7,82	15,64	31,28
DMIC	6,29		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5850.634F.85F1.0559.4FC9.D151.1228.AA63

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1348	1269	1,00	79	0,00	29	0,16514	4,95
					39	0,26310	13,97
04/12/15	05/11/15		25 DIAS		79		18,82

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	18,82
MULTA MORATORIA REF 11/2015	0,39
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,36
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,54
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,85)	

VENCIMENTO

11/12/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,47
Transmissão	0,26
Distribuição	4,86
Encargos Setoriais	0,69
Tributos (PIS/COFINS)	1,00
TOTAL	19,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MÊS	Consumo (kWh)
105	
79	
77	
88	
85	
100	
95	
91	
96	
126	
123	
203	
0	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
34,14	0,00	0%

informações importantes e avisos de vencimento

Previsão Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
 Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento de dívidas implica
 na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias
 após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.
 172 e 173. Para o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
 AO CRÉDITO E AO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
 favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Período	Valor R\$
11/2015	29,11
Total	29,11

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS.
 (Art. 4º Res. 100/2005 - INCLUIÇÃO da taxa de 10,637% e 10,632-03)

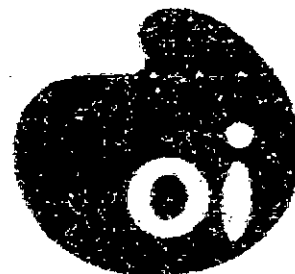
ARJANA SEGUROS
 21 MAR 2016

NA MINHA OI, É TUDO MAIS FÁCIL.

ACESSE MINHAOI.COM.BR
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer a sua assinatura
- Consultar o histórico de suas contas
- Adicionar e cancelar serviços
- Recarregar o seu plano
- Verificar seu saldo de crédito

ENTRE EM MINHAOI.COM.BR E CADASTRE-SE.



CTCE FORTALEZA CE PLS
JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
ROD CE ZERO QUARENTA 2285 CA 2285
REF: PROXIMO AO POSTO SP
ZONA RURAL
62850-000 - CASCAVEL - CE

DOCUMENTO 1 *T196*



ARUANA SEGUROS
21 MAR 2016

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA, portador(a) do

RG nº 2008747508-6, expedido por SSP/CE, em

18 / 02 / 14, CPF/CNPJ nº 400.980.842-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO

ANTONIO DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima FRANCISCO ANTONIO DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

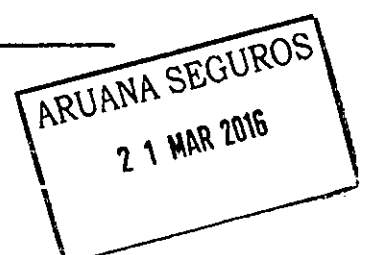
Profissão: Recusa informar Renda Mensal: R\$ Recusa informar

Documentos comprobatórios: RG

DOCUMENTO 2 "T2%"



JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





mato

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR DOURADO

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 06/12/15 HORA: 21:22

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA					
Pai: JOSÉ BATISTA DA SILVA					
Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA					
Endereço: R. ZUMBI					
RG: 100169853	Data do Nasc.: 27/11/71	Sexo: M	Peso:	Temperatura:	Pressão Arterial:
CPF:			Cartão SUS:		
Naturalidade: NOVA BRUNCO			Procedência: MARAJO		

Análise e Exame Físico

Edição moto-moto há pouco.

Recebe dor em MID.

As mãos: alva, frias, de pouca
MID.

MD Fx MID (PC).

① Diminuição - O₂ FA + ABP, E, R.

② I & F.

Porty.

21:45

10/1

Diagnóstico

ARUANA SEGUROS

21 MAR 2016

Conduta		Checagem
Evolução 23:15. Entre em contato com a central de leitos que informa que não há vaga n/ receber o paciente. A orientação é o paciente esperar a vaga em domicílio. Oriento paciente a não fazer esforço de tornozelo (não pisar no chão). Como surge a vaga, venha realizar Raio X de tornozelo amanhã de manhã.		
Internação () Alta () Óbito () Transferência ()		
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>X</i> Manoel Soares Nascimento		

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA Registro: 249151
Idade: 44 anos 1 mês CNS: 702408515127021
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA Pai: JOSE BATISTA DA SILVA
Endereço: RUA VALTER PIMENTA LIRA, 38 PARQUE SANTA FE - MARANGUAPE
RG: Órgão Exp: Expedição: CPF:
Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:
Celular: Telefone: 85985280574 CNS: 702408515127021

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data Internação: 27/dez/15 Hora: 17:56:27
Médico: CRM: Especialidade: TRAUMATOLOGIA
Convênio: SUS Categoria: SUS Matrícula: 702408515127021
Quarto/Leito: A-ENF 02 - 04 Unidade: UNIDADE A
Forma de Chegada: \ Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Opaco 28/11/15

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*- fratura primária
- fratura ligamentar*

CONDIÇÕES DE ALTA

() CURADO () A PEDIDO () MELHORADO () INALTERADO
() TRANSFERIDO
() OUTRA

DATA DA ALTA ___/___/___

HORA DA ALTA ___:___

MARACANAÚ, ___/___/___

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
COORDENAÇÃO
MARACANAÚ-CE 11/10/2016

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1) Desbido da *opção*
- 2) Anestesia com *antropo-*
- 3) Anestesia *em*
- 4) Anestesia *de*
- 5) Anestesia *em*
- 6) Anestesia *em*
- 7) Anestesia *em*
- 8) Anestesia *em*
- 9) Anestesia *em*

Data

28/12/15

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Anestesia com 15mg de
Bupivacaína

[Signature]

Dr. Renato A. Ramos

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Data

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSINADO BENEFICENTE MEDICAL MARACANA
Rua João Conrado, Nº 363 - Maracana
CEP: 61.941-330
COORDENADOR: *[Signature]*
MARACANA



Convênios: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú - CE
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
Francisco Antônia da Silva			
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
28/12/15	Pronto atendimento o c.c. para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur + reação pós-operatória. cp-rcm <i>[Assinatura]</i>		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA - ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.947-330
MARACANAÚ - CE
11/02/2016

Dr. Thales 3-3A

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
Nome do Estabelecimento Solicitante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA			CNES 2372150	
Nome do Estabelecimento Executante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA			CNES 2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome do Paciente FRANCISCO ANTONIO DA SILVA		Cartão Gestante 	Analfeta 	N° Prontuário 444453683
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702408515127021	Data de Nascimento 27/11/1971	Sexo: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	Raca / Cor PARDA	Estado
Nome da Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			DDD 85	Telefone de Contato 985280574
Nome do Responsável 			DDD 	Telefone de Contato
Município de Nascimento MARACANAÚ	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) VALTER PIMENTA LIRA	
N° 38	Bairro PARQUE SANTA FE	Município de Residência MARANGUAPE	Código IBGE do Município 230770	UF CE
CEP 61940370				
Ponto de Referência 		Documento ☐ CPF ☐ RG ☐ R. Civil ☐ PASSAPORTE ☐ Outros		
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante DIONISIO BROXADO LAPA FILHO		N° Cons. Classe 2257	CPF 13285246472	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
Principais Sinais e Sintomas Clínicos <i>Relato com queixa de dor de intensidade em tom agudo linear</i>				
Condições que Justificam a Internação <i>Necessidade de cirurgia.</i>				
Principais Resultados das Provas Diagnósticas (Resultados dos Exames Realizados) <i>Ex + exames finais</i>				
Diagnóstico Inicial <i>trauma + trauma de</i>	CID 10 Principal 	CID 10 Secundário 	CID 10 Causas Associadas 	N° Notificação Compulsória
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
Descrição do Procedimento Solicitado <i>trauma cirurgico + trauma + trauma</i>				
Código do Caráter de Internação ☒ Urgente ☐ Eletivo	Clínica TRAUMATOLOGIA			Código do Procedimento Solicitado A-ENF 02.04
Equipamentos Requeridos para Internação 				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
Nome do Profissional Solicitante DIONISIO BROXADO LAPA FILHO				
Documento ☐ CPF ☐ CNS	N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 		N° do Conselho da Classe 	
Data da Solicitação 27/12/2015	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/N° do Conselho da Classe 			Data Decisão para Internação 27/12/2015
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
☐ AC DE TRÂNSITO ☐ ACID. TRABALHISTICO ☐ AC TRAB./TRAJETO	CNPJ da Seguradora 	Número do Bilhete 	Série 	
	CNPJ da Empresa 	CNAE da Empresa 	CBOR 	
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado				
Nome do Profissional Autorizador DIONISIO BROXADO LAPA FILHO				
Documento ☒ CPF ☐ CNS	N° do CNS/CPF Profis. Autorizador 13285246472			
Data da Autorização 11	Código do Órgão Emissor 			
N° Registro Cons. da Classe 2257	Ass. do Autorizador/Carimbo 			

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
 Rua João Conrado, N° 363-Pajuçara
 CEP: 61.941-330
 (Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)
 MARACANAÚ-CE 11/12/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 100169853 SESP RJ

CPF: 069.774.777-84 DATA NASCIMENTO: 27/11/1971

FILIAÇÃO: JOSE BATISTA DA SILVA
MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ ACC ☐ CATUAR ☐ AB

Nº REGISTRO: 05554995445 VALIDADE: 12/09/2018 1ª HABILITAÇÃO: 31/07/2012

OBSERVAÇÕES:
A
EXERCE ATIV REMUNERADA:

903789985

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

INTERPRINT LTDA.

PROIBIDO PLASTIFICAR

903789985

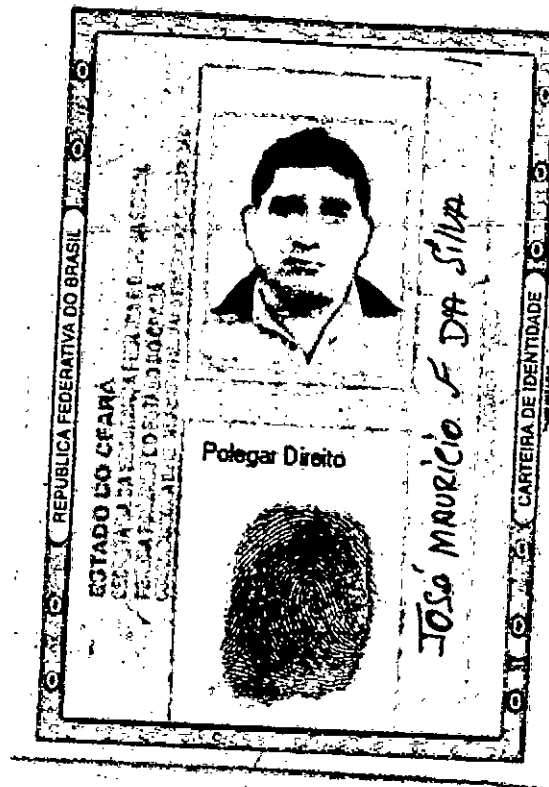
LOCAL: RUSSAS, CE DATA EMISSÃO: 11/03/2014

ASSINATURA DO PORTADOR: *Francisco Antonio da Silva*

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]* 72516005130
100R VIA SANCIONELAS PONTES CE137658206

CONTATOS
(85) 3334.3305 / 9919.9797
9402.3898 / 8758.4991

ARUANA SEGUROS
21 MAR 2016



DOCUMENTO 3 *T3%*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008747508 - 6
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/02/2014
NOME	JOSÉ MAURICIO FERREIRA DA SILVA
FILIAÇÃO	JOSÉ CALIXTO DA SILVA
	MARIA NEUSA FERREIRA DA SILVA
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO	02/02/1972
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV. - CARTÓRIO: GUANACÉS TERMO: 673
	FOLHA: 107 LIVRO: 9-02 CASCAVEL - CE
	CPF 420.980.842-34
	R6: ANT: 425501
	P.: 1
1 VIA	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 1983	

ARUANA SEGUROS
21 MAR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012260406744
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COT. RENAVAM 01 00501423761 ANTRC. EXERCÍCIO 2015

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
BEBERIBE / CE

0697747784 PLACA DRY2229/CE

9C2KD0540DR105653 CHASSI

PAS/MOTOCICLETA/NAO-APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ESD 2012 2013

2P/OCV/149CC CATEGORIA VERMELHA

VENÇ. COTA ÚNICA 1º 2º 3º
P 1º 2º 3º
V 1º 2º 3º
A 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 4,15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 129,04
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

BEERIBE LOCAL 17/11/2015 DATA

DETRAN

CONTRAN

ARUANA SEGUROS
21 MAR 2016

DOCUMENTO 6 *T6%*

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

CE Nº 012260406744 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODOPRANHO.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 7/11/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 0697747784 PLACA DRY2229

RENAVAM 00501423761 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2012 CALIBRE 09 Nº CHASSI 9C2KD0540DR105653

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 COTA ÚNICA 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 COTA ÚNICA 143,38

PAGAMENTO 15/11/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.090/0001-04
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

MOTOR: KD05E4D105653 00420

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160198128 **Cidade:** Beberibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: DOR EM PERNA DIREITO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

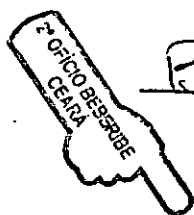
Nome: <u>Guineiseo Antonio da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Bra. Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Divorçado</u>	Profissão: <u>Lozenheiro</u>	Carteira de Identidade: <u>100169853</u>	
CPF nº: <u>069.774.777-84</u>	Residência: <u>ET. do Huerpa</u>		
Bairro: <u>ST. Lucas</u>	Cidade: <u>Beberibe</u>	Estado: <u>Maranhão</u>	CEP: <u>62840000</u>

OUTORGADO:

Nome: <u>Sone Henrique Ferreira da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Bra. Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Divorçado</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>20087175086</u>	
CPF nº: <u>420.980.842-34</u>	Residência: <u>Rod. Ce Zero Quarenta, 2285</u>		
Bairro: <u>Alto-luminoso</u>	Cidade: <u>Canavel</u>	Estado: <u>Maranhão</u>	CEP: <u>62850000</u>

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 Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Guineiseo Antonio da Silva, ocorrido em 04/12/2015, 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 formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Beberibe, CE, 01 de Março de 2016.

Guineiseo Antonio da Silva

OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço a(s) firma(s) <u>Guineiseo Antonio da Silva</u>	
☒ Por Autenticidade	☐ Por Semelhança
Em test. <u>11/11</u> da verdade.	
Beberibe-CE <u>01/03/2016</u>	
<u>(B. Macas)</u>	
☐ Edsonis Oliveira Santos - Escrevente ☐ Maria Enrída Gama Canzato - Escrevente ☒ M. das Graças Carneiro da Silva - Escrevente	
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

ARUANA SEGUROS

21 MAR 2016

DOCUMENTO 4 *T4%*



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Francisco Antonio da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>lozinheiro</u>	Carteira de Identidade: <u>100169853</u>
CPF nº: <u>069.774.777-84</u>	Residência: <u>ET. do Hloepa</u>	
Bairro: <u>ST. Louisa</u>	Cidade: <u>Beberube</u>	Estado: <u>Pernambuco</u> CEP: <u>62840000</u>

declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de Invalidez na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Líder ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Beberube (CE), 07 de Março de 2015.

Francisco Antonio da Silva

