



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **534260562**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5914678 DV **8**

VENCIMENTO
27/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 14 025070 08 027500 Medidor 5756095 Poste 0000 0
Nome MARIA JOSE DE ALMEIDA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV PRESIDENTE GEISEL 03659 MORADA NOVA 62940000

RG / CPF / CNPJ 582.539.123-15 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 2899 Leitura Anterior 2849 Constante 1 Consumo (kWh) 50 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 50

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,19449	5,83
Consumo faixa 31-100 Kwh	20	0,33342	6,67

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 20/07/2018 Prev. Próxima Leitura 22/08/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

729C.9A6B.0B6A.7294.5523.B0D8.E51F.697A

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 6,44
TRANSMISSÃO 0,69
DISTRIBUIÇÃO 3,67
ENCARGOS SETORIAIS 0,98
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 1,60

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -13,74
JUROS DO MES 0,03
MULTA MORATORIA 0,33
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,88
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,19)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

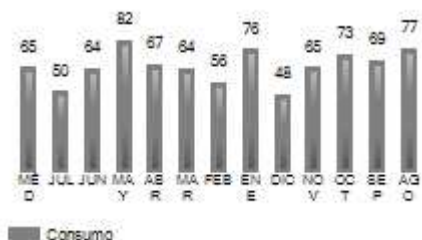
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,73
Conjunto MORADA NOVA
Mês MAI/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **5914678-8** N° da Nota Fiscal: **534260562** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **07/08/2018** Referência: **JUL/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Width8
643

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

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ **DADOS DA OCORRÊNCIA**

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 504-03315/2014 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 16/10/2014 11:33

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 12/10/2014 17:30

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: CE

NAO INFORMADO MORADA NOVA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: EM FRENTE A COMAG DOS TRATORES

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: A noticiante informa que no dia, hora e local, acima mencionado, foi vítima de um atropelamento; QUE seguia na CE em uma bicicleta, quando a ao chegar próximo a COMAG, um carro de cor prata e placa não identificada, veio a colidir na traseira da bicicleta da noticiante, onde restou por cair; QUE a noticiante sofreu **FERIMENTO CORTE CONTUSO EM CABEÇA + TRAUMA EM COTOVELO DIREITO + ESCORIAÇÕES**; QUE a noticiante foi socorrido para a **FUNDAÇÃO SÃO LUCAS- SANTA CASA DE MORADA NOVA/CE**; QUE a noticiante manifesta o desejo de receber o **SEGURO DPVAT**. E nada mais disse.//

➤ **DADOS DA VÍTIMA**

NOME: MARIA JOSE DE ALMEIDA

RG: 163536988 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

DATA DE NASCIMENTO: 7/11/1967

FILIAÇÃO: JOSE EPIPHANIO DE ALMEIDA FILHO

MARIA NAILCE CAVALCANTE DE ALMEIDA

ENDEREÇO: R PRESIDENTE GEISEL 3659

VAZANTES

MORADA NOVA/CE

TELEFONE: 88)92383093

➤ **DADOS DO NOTICIANTE**

NOME: VÍTIMA

Maria José de Almeida

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria José de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A): _____

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

NOMES JOTÊ DE MOURA

vítima de acidente de trânsito, em 12/10/14, sofreu:

TCE: Ferimento no coto coberto
 Manuseio no coto do pé
 Enface contuso do pé esquerdo
 CID - S09.9, S01.0, S50.0, S93.4
 e submeteu-se a tratamento(s):

Curativos e drenos de ferimentos
 manuseio do coto e
 pé esquerdo. Medicação.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
 com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Cicatriz no coto do pé esquerdo
 e no coto do pé direito.
 Edema, dor e limitação
 movimentos do pé e tornozelo
 esquerdo, marcha claudicante
 irreversível do membro.

Proposta

Fco. Mardônio Salmito Almeida
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM - 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

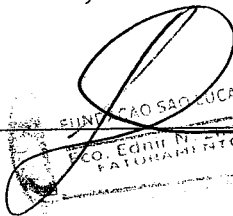
C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@bol.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.2230

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 12/10/2014, às 17:55 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, a Sra. **MA. JOSÉ DE ALMEIDA** apresentando: **FERIMENTO CORTE CONTUSO EM CABEÇA + TRAUMA EM COTOVELO DIREITO + ESCORIAÇÕES.**

Morada Nova, 14 de Outubro de 2014.


FUND. SÃO LUCAS
Edmir N. Silva
FATURAMENTO

07.677.263/00001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

fls. 16

PACIENTE: ma Jora de Almeida DN 46 anos
1 1

ENDEREÇO: Av. Pres Getul N° 3659

DIA: 12 / 10 / 2014

HORA: 17-55

LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOPTADO:

Deu entrada na emergência apresentando ferimento corte contuso em cabeça + Trauma em costado direito + hemorragia

PLANTONISTA: Dr Pedro Oliveira TÉC. ENF: Clezio

MINISTERIO DA ECONOMIA
FAZENDA E PLANEJAMENTO

Departamento da Receita Federal

CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

582.539.123/15

NOME COMPLETO

MARIA JOSE DE ALMEIDA

NASCIMENTO

07/11/67

ASSINATURA

Maria José de Almeida

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria José de Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

01

AS 19:37, sob o número 0154073-55, do processo 0154073-55, 2018.8.06.0001, do artigo 3º da Lei nº 3.446/65.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1635389-88 DATA DE EMISSÃO 22-09-88

NOME MARIA JOSÉ DE ALMEIDA

PAI José Epiphânio de Almeida Filho

MÃE Maria Malice Cavalcante de Almeida

RESIDÊNCIA Morada Nova-Ce 07-11-67

NATURALIDADE

Cert. Nas. 4529 lv. A-5 fls. 59v

DOC. ORIGIN. Cert. M. Nova-Ce

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.136 DE 29/08/63

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DE SAMPAIO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/08/2018 às 19:37, sob o número 0154073-55, do processo 0154073-55, 2018.8.06.0001, do artigo 3º da Lei nº 3.446/65. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pasta/0154073-55, opção 3º da Lei nº 3.446/65.

TERM 00115566 AGENTE 105566 AUTE 47237
26-09-2014 BANCO DO BRASIL 07:10:21
086336801 CORRESPONDENTE BANCARIO 0020

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

CONVENIO: COELCE CIA ENERGETICA CE

8369000000 23920031000 00059146780
00033908207

NR. DOCUMENTO 15.566
NR. CONVENIO 10.466 0
DATA DO PAGAMENTO 26-09-2014
VLR DO PAGAMENTO 23,92

NR. AUTENTICACAO 1.974.865.988.220-191

VIA DO CLIENTE

Nº DO CLIENTE

5914678-8

Para Ativar seu atendimento, utilize o nº acima
embaixo que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdomiro, 150 CEP: 60135-049 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 26.165.245-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003

coelce

uma empresa endesa brasil

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - RENDIMENTO 358446932

Rota 14 25070 08 341000 - 3~ Data de Emissão 19/09/2014

Nome MARIA JOSE DE ALMEIDA
End. Postal AV PRESIDENTE GEISEL 03659
- MORADA NOVA - 62940000

Medidor 3037235 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 582539123-15

Nome do Responsável

INDICADORES DE CONTINUIDADE
Mês de Referência 19/09/2014 22/10/2014
Mês de Referência 19/09/2014 22/10/2014
Mês de Referência 19/09/2014 22/10/2014

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor de Imposto
ISENTO
DIE 5,43 10,06 21,73 1,35 1,35 1,35
FIC 3,36 6,72 13,45 1,00 1,00 1,00
DMIC 3,11 1,35

VALOR CONSUMO DO MES
19/09/14 28/08/14 30 DIAS 69 12,17
VALOR CONSUMO DO MES 12,17
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,17
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 7,14

VENCIMENTO 26/09/2014 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,92

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO HISTORICO DE CONSUMO
Energia 8,18
Transmissão 0,17
Distribuição 3,19
Encargos Setoriais 0,46
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 0,34
TOTAL 12,34

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LIZ. APÓS O VENCIMENTO, DEVERA SER PAGA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRADESCO OU BANCO DO BRASIL.

Consta desta fatura R\$ 0,34 referente a PIS e COFINS.
(Art. 9 Res. 108-2005 - ANEEL e leis n. 10.627-02 e 10.893-03)



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 04/12/2014 Term: 063323 Hora: 11:22
N.Trans: 846
Valor : 1,00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 5438 / MORADA NOVA
Conta: 0611531-0

Titular 1: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Sujeito a conferencia.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana
Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

fls. 20

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria José de Almeida

PORTADOR(A) DO RG Nº 163538988 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 22/09/88

CPF 562539123-15 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

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

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José de Almeida, 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 Lotéticas 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 informações 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5438 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 577537-0

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.

Quixadá-CE, 22 de Dezembro de 2014

LOCAL E DATA

Maria José de Almeida

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO DINO DE SAMPAIO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/08/2018 às 09:37, Sob o número 01540735529186000001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0154073-55.2018.8.06.0001 e código 3AEAE5.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José de Almeida
 RG nº 1635389-88, data de expedição 22/09/88, Órgão 937/Ce,
 CPF nº 582.539.723-15, venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Presidente Getúlio</u>
Número	<u>3659</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>-</u>
Cidade	<u>morada nova</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.940-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3445-0364 (88) 9415-2414 (88) 9903-7030</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quindoró - Ce 22/12/14

Assinatura do Declarante: Maria José de Almeida

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Maria José de Almeida portador da carteira de
 identidade nº 763538988 e inscrito no CPF sob o nº 582.539.123-75

Residente e domiciliado na Av. Presidente Getúlio 3659

Cidade: maracá no Estado: CE, declaro, sob as penas de lei, que estou

impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO

INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada / / , Data de Saída / / , Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA
 TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do
 Seguro Dpvt (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvt,
 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 enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da Seguradora Líder
 DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do
 art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Maria José de Almeida

Assinatura do Declarante

Quixadá-CE

Local

22 / 12 / 14

Data

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José de Almeida, portador da carteira de identidade nº 163538988 e inscrito no CPF/MF sob o nº 582.539.123-15 residente e domiciliado na Av. Presidente Getúlio 3659 Cidade morada nova Estado Ceará, 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:

- (X) 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 dos 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.

Maria José de Almeida

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Quixadá-ce

Local

22/12/14

Data

Declaração

Eu, Maria José de Almeida, RG 163538988
 CPF 582.539.723-15, declaro que após ter sofrido acidente provocado
 por veículo automotor de via terrestre, em 12/10/2014 fui socorrido por
Populares, Telefone: ()
 levado ao
 hospital: Fundação São Lucas - Santa Casa de Morada Nova - CE

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Quixadá - CE UF: CE Data: 22/12/14

Maria José de Almeida

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Maria José de Almeida</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>582.539.123-15</u>	RG: <u>1635389-83</u>	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>Avenida Presidente Getúlio</u>		Nº: <u>3659</u>
Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado		Estado: CE
Bairro:	Cidade: <u>J. Novo</u>	Estado: CE
CEP: <u>62.940-000</u>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILIPPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS, OAB/CE 1736**, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

J. Novo (CE), 9 de agosto de 20 18.

Maria José de Almeida
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, **exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.**

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Maria Jose de Almeida</u>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <u>522.539.123-15</u>	RG: <u>1635329 83</u>	Profissão: (x) Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <u>A. Pres. Getul</u>	Nº <u>3659</u>	Estado Civil: (x) Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
Bairro:	Cidade: <u>juazeiro</u>	Estado: CE
CEP: <u>62.940-000</u>	Telefone:	

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

J. Novo (CE), 9 de agosto de 20 18.

Maria Jose de Almeida
DECLARANTE



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de c

SINISTRO 3150022661 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA JOSE DE ALMEIDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIO

BENEFICIÁRIO MARIA JOSE DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 58253912315

Posição em 07-08-2018 15:57:55

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/02/2015	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/01/2015	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvVa4fWjo21lgza
12/01/2015	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/ap api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvVa4fWjo21lgza

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pontos-de-Atendimento>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Quem-Somos.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
(<http://seguradoralider.com.br/Contato/telefones-de-contato>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Ouvidoria>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Denuncia-de-Fraudes>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Termos-de-Uso.aspx>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (<http://seguradoralider.com.br/Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

