



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Alexsandro Araujo de Souza</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA		
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>Pedreiro</i>	Carteira de Identidade: <i>90002068368</i>	
CPF nº: <i>495.466.863-87</i>	Residência: <i>R-P Lot Expedicionários III, 69</i>		
Bairro: <i>Mondubim</i>	Cidade: <i>Mauaçu</i>	Estado: CE	CEP: <i>60761-765</i>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 19 de Junho de 20 17.

Alexsandro Araujo de Souza
outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Alexsandro Araujo de Souza, brasileiro(a),
casado, _____, portador da Carteira de Identidade/RG nº
90002068368-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 495.466.863-87,
 residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado de
 Ceará, na Rua P Lot Expedicionarios III, nº 69,
Mondubim, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
 financeira, não possuindo condições de arcar com 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.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 19 de Junho de 2017.

Alexsandro Araujo de Souza

Declarante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Alexandro Augusto de Sousa,
declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da
AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial
tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando
ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA
SAID SILVA, OAB/CE Nº 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 19 de Junho de 20 17.

Alexandro Augusto de Sousa

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

Eu, Alexsandro Araujo de Sousa,
 Brasileiro(a), casado, portador da cédula de Identidade Nº
90002068368 E CPF Nº 495.466.863-87,
 capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
R- P, Lot Expedicionários III, 69 -
Mondubim
 na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60761-765, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
 conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
 invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 19, de Junho, de 2017.

Alexsandro Araujo de Sousa

DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <i>Alexsandro Araújo de Souza</i>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <i>R- P, Lot Expulcionistas III, 69</i>		Profissão: <i>Pedreiro</i>
CPF n°: <i>495.466.863-87</i>	RG n°: <i>90002068368</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Mondubim</i>	Cidade: <i>Maracanaú</i>	Estado: CE
CEP: <i>60761-765</i>	Telefone: <i>98682-5175/98760-4103</i>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 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, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza - CE, 19 de Junho de 2017

Alexsandro Araújo de Souza

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983
O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.
Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.
Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.
Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.
Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.
Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.
João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUSA

CPF: 495.466.963-87 **Data Nascimento:** 11/02/1977

Função: JOSE ANTONIO DE SOUSA
 MARINA MORAES DE ARAUJO

Validade: 05/03/2020 **Exatidão:** 04/10/1994

Observação:

Local: FORTALEZA, CE **Data Emissão:** 06/02/2015

Assinatura: [Assinatura] **CPF:** 84131866471 **CE:** 82146499212

DETRAN-CE (CEAH)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1084470485

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1084470485



2ª Via

Nº de Inscrição:

0010965165

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

End. Leitura: RU P LOT EXPEDICIONARIOS II, 60, MONDUBIM

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.761-765

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 027

Quadra: 0303

Lote: 0140

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A16F132724	67	72	5	10

DATAS

Leitura Atual: 06/04/2017

Emissão: 05/05/2017

Lacre Água: 2709643

Leitura Anterior: 08/03/2017

Próxima Leitura: 06/05/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	571	568	571	568	568
Em conformidade	555	563	554	542	568

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	19,60	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		SET/2016	6	0
		OUT/2016	9	0
		NOV/2016	10	0
		DEZ/2016	13	0
		JAN/2017	15	0
		FEV/2017	8	0
		MAR/2017	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,18
COFINS	0,93

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	37,90
VALOR DO SUBSÍDIO	18,30
VALOR TOTAL A PAGAR	19,60

MÊS/ANO

04/2017

VENCIMENTO

24/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

19,60

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já esse serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autorarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Densão Localidade: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0010965165

Código de Responsável:

Mês/Ano: 04/2017

Local: 001

Setor: 27

Quadra: 0303

Lote: 0140

Comp: 0000

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 24/04/2017

Total (R\$): 19,60

CONTA PAGA

EMISSÃO: UN - GEREM-LJ MARAC-JEREISSATI 05/05/2017 10:41:49



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 1170 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/03/2016 16:51:54**
 Data / Hora da Ocorrência : **06/02/2016 08:58:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE-265**

QUIXADA /CE

Ponto de Referência: **ENTRE IBARETAMA E QUIXADÁ**

REGIONAL DE QUIXADA
 FONECELE 3333-1111

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO ARAÚJO DE SOUZA**
 Nascimento : **11/02/1972**
 CNH: **01151397042** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE** - CPF: **49546686387**
 Filiação: **JOSÉ ANTONIO DE SOUSA**
MARINA MOREIRA DE ARAÚJO
 Endereço: **R B, LOT. EXPEDICIONARIO 353**
ITAPERI
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **8587064103**

Histórico

Informa o noticiante que: no dia 06/02/2016, por volta das 08:58, andava como garapeiro da motociclo HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, PLACA OCH 2075, CHASSI 9C2KC1670BR601045, registrado em nome de FATIMA FEITOZA DE SOUZA, a qual era conduzido por JUACIR PAULO TIBURCIO DE SOUSA, CNH nº04024707621 DETRAN/CE, quando ao chegar no local supracitado o pneu traseiro estourou e o mesmo perdeu o controle vindo ambos a cáterea; Que, o noticiante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Eudasio Barroso, nesta urbe; Que, tem como testemunha as pessoas de JUACIR PAULO TIBURCIO DE SOUSA e THIAGO DE OLIVEIRA MAGALHÃES. E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

TAYLON ROSCHEL CORREIA BEZERRA - MAT.: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alexsandro Araujo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):

ANNA CLAUDIA NEVES DA SILVA - MAT.: 300121-1-2

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA** Sinistro: **3160636416** Data: **06/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua P, 69, Lot Expedicionarios III - Mondubim - Fortaleza - CE - CEP 60761-765**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **90002068368**

Data local do exame: [**14/06/2017**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO. VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ IRREGULAR COM RETRAÇÃO NA FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO, MÃO EM GARRA ESPÁSTICA COM BLOQUEIO METACARPO-FALANGEANO E INTERFALANGEANO SEM MOVIMENTOS DE PREENSÃO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE COM PLACA VOLAR, EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO POR DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA E PREJUÍZO SEVERO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9938337

A/C: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

Sinistro: 3160636416 ASL-1108433/16
Vitima: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
Data Acidente: 06/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 13/10/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 06/02/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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 Sabemi Seguradora 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



**Carta n°: 9933838**

A/C: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

Sinistro: 3160636416 ASL-1108433/16
Vitima: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
Data Acidente: 06/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

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 Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta n°: 11194977

A/C: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

Sinistro: 3160636416 ASL-1108433/16
 Vitima: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
 Data Acidente: 06/02/2016
 Natureza: INVALIDEZ
 Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: 104

Agência: 000003604

Conta: 000000013936-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00159/00160 - carta_15R



Este documento é confidencial e destinado apenas para fins de consulta. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01302743-86.2019.8.06.0001 e código 305859AB.

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10319650

A/C: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160636416 ASL-1108433/16
Vitima: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
Data Acidente: 06/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 12/12/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 06/02/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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 Sabemi Seguradora S/A onde o aviso de sinistro foi registrado.

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



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10246945

A/C: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

Sinistro: 3160636416 ASL-1108433/16
Vítima: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
Data Acidente: 06/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

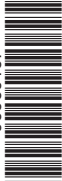
Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

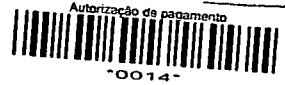




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA: _____



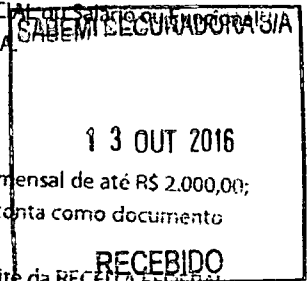
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Alexsandro Araújo de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº (CNPJ) 01151342042 EXPEDIDO POR Detran EM 06/03/2016
 CPF 495466363-12 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alexsandro Araújo de Souza, 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;
- 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 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4604 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000139365

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.

Fortaleza, 26 de Julho de 2016 Alexsandro Araújo de Souza
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por Rômulo Manoel de Jesus, em 06/03/2016 às 14:58:09 sob o número 01181224-8472003362630001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01302745-86.2013.8.06.0001 e código 805859928.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARANGABA

DATA: 05/10/2016

HORA: 09:56:41

TERMINAL: 15631005

CONTROL: 156310050077

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGENCIA

CONTA

NOME

FAVORECIDO

CGC/AGENCIA : 3604 / INDUSTRIAL MARACANAU
CONTA : 312 00 012 000

CONTA : 013.00.013.936-3

NOME : ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA

VALÖR

DATA DE EFETIVAÇÃO : 05/10/2016

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CATIA: 0800 700 000

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

SABEMI SEGURODORA S/A

13 OUT 2016

RECEBIDO

-00004:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

1) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residu realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Alexsandro Inacio de Souza.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SABEMI SEGURADORA S/A

13 OUT 2016

RECEBIDO

Local e data

Certidão de inexistência de IML fls. 63


Local e data

CERTIDÃO NARRATIVA

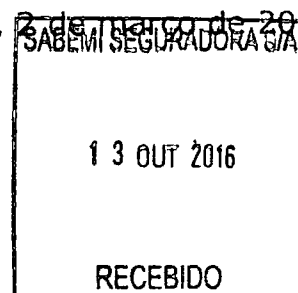
CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA**, portador do RG Nº 90002068368 e inscrito no CPF sob o Nº 495.466.863-87, no dia 6/02/2016, às 8h58min, no município de QUIXADÁ – CE, na CE 265. Paciente vítima de acidente com motocicleta, onde o mesmo foi encaminhada para o **Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 2 de março de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ


Halana Dantas
Assessoria Técnica
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



0010965165

DADOS DO CLIENTE
 Nome: ALEXSANDRO ARAUJO DE SOUZA
 End. Leitura: RU P LOT EXPEDICIONARIOS III, 59, MONDUBIM
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega:
 CEP: 60.761-765
 Local: 001 Setor: 027 Quadra: 0303 Lote: 0140 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS
 Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO
 Serviço Medidor Leitura Anterior Leitura Atual Volume (m³) Média Semestral (m³)
 AGUA A16F132724 7 16 9 6

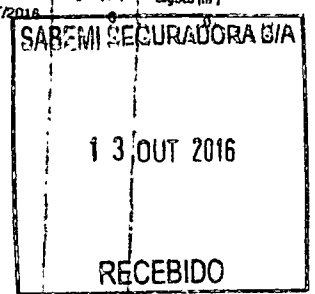
DATAS
 Leitura Atual: 06/10/2016 Emissão: 10/10/2016 Lote e Água: 2709643
 Leitura Anterior: 06/09/2016 Próxima Leitura: 07/11/2016 Lote e Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2016

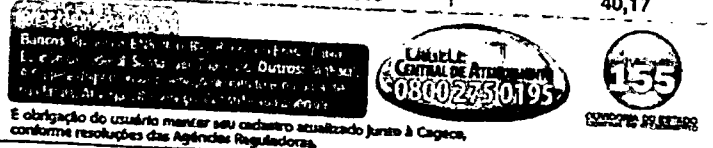
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	595	595	595	588	588
Em conformidade	585	589	592	563	588

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
 O Ceará passa pelo quinto ano consecutivo de seca.
 Para economia de água, a meta da Tarifa de Contingência passara para 20% no dia 18/09 em Fortaleza e 19/09 na Região Metropolitana. Informacoes: www.cagece.com.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
			Mês/Ano	Água (m³)
AGUA		19,60	SET/2016	0
MULTA DE 2%	1/1	0,78		
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,04		
LIG. AGUA C/INST. HID	2/4	19,75		



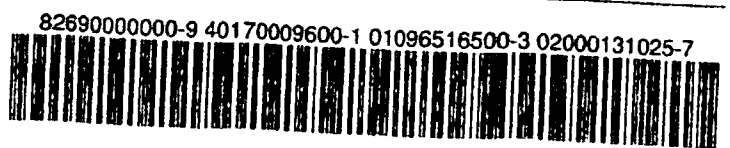
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
MÊS/ANO	10/2016	VERCIMENTO	21/10/2016
		TOTAL A PAGAR (R\$)	40,17



E obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARSP: www.arpc.ce.gov.br
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE
 Incrição: 0010965165 Código de Responsável:
 Local: 001 Setor: 27 Quadra: 0303 Lote: 0140 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:
 Cidade: FORTALEZA Vencimento: 21/10/2016 Total (R\$): 40,17



EMISSION : UN - GEREM COR 10/10/2016 12:32:59

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FIDELIS JIMENEZ DE ALMEIDA, assinado digitalmente por FIDELIS JIMENEZ DE ALMEIDA em 10/10/2016 às 12:32:59. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01502743-86.2017.8.06.0001 e código 30583983.