



# 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE:**

Nome: <i>Alexandro Souza de Souza</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA	
CPF nº: <i>495.466.863-87</i>	Profissão: <i>Pedreiro</i>		Carteira de Identidade: <i>90002068368</i>
Bairro: <i>Mondubim</i>	Residência: <i>R- P Lot Expedicionarios III, 69</i>	Cidade: <i>Manacapuru</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 judicia 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 medicas**, 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.

*Alexandro Souza 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### DECLARACÃO 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,  
Mendubim, 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o Sr(a) Alexsandro Araújo de Souza, 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 2017

Alexsandro Araújo de Souza

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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

### DECLARAÇÃO

Eu, Alexander Araújo de Souza,  
 Brasileiro(a), Casado, portador da cédula de Identidade N°  
90002068368 E CPF N° 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.

Alexander Araújo 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](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

## DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome:	Nacionalidade:	
<i>Alexsandro Araújo de Souza</i>	Brasileira	
Endereço:	Profissão:	
<i>R- P, Lot Expedicionários III, 69</i>	<i>Pedreiro</i>	
CPF nº:	RG nº:	Estado Civil:
<i>495.466.863-87</i>	<i>90002068368</i>	<i>Casado</i>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<i>Mondubim</i>	<i>Manoelândia</i>	CE
CEP:	Telefone:	
<i>60 761 - 765</i>	<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 REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional de decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônimia 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





2º Via  
Nº de Inscrição:  
0010965165

## DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXANDRO ARAUJO DE SOUZA  
End. Leitura: RUA PLOT EXPEDICIONARIOS III, 69, MONDUBIM  
Cidade: FORTALEZA  
End. Entrega:  
Cidade:  
Logr: 001 Setor: 027 Quadra: 0303 Lote: 0140 CEP: 60.761-765  
Subs: Subquadra: CEP:

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semestral(s)
ÁGUA	A16F132724	67	72	5	10

## DATAS

Leitura Atual: 06/04/2017 | Entrega: 05/05/2017 | Lacre Água: 2709643  
Leitura Anterior: 08/03/2017 | Próxima Leitura: 06/05/2017 | Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisaes	571	569	571	568	568
Em conformidade	565	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 saude.

RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

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

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

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,18	VALOR DO SERVIÇO	37,90
COFINS	0,93	VALOR DO SUBSÍDIO	18,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	19,60

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2017	24/04/2017	19,60

## ONDE PAGAR SUA FATURA

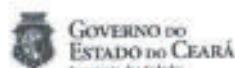
Bancos: Bradesco, BNL, Itaú, BB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já esse serviço. Consulte sua agência.



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](http://www.cagece.com.br), ou na sua agência Cagece: 3141.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: endereço 155. Site da ANEEL: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ANEEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



## Fatura Mensal

Via do agente  
amecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0010965165 Código de Responsável: Méd/Ano: 04/2017

Logr: 001 Setor: 27 Quadra: 0303 Lote: 0140 CEP: 6000  
Subs: Subquadra: CEP:

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 24/04/2017 Total (R\$): 19,60

CONTA PAGA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 1179 / 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

REGIÃO NORDESTE

Ponto de Referência: ENTRE IBARETAMA E QUIXADÁ

FORNEZ

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: ALEXSANDRO ARAÚJO DE SOUZA

Nascimento: 11/02/1972

CNH: 01151397842 Órgão Emissor: DETRAN UF: CE - CPF: 49546686387

Filiação: JOSÉ ANTONIO DE SOUSA

MARINA MOREIRA DE ARAÚJO

Endereço: B 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 passageiro do motociclo HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, PLACA OCH 2075, CHASSI 9C2KC1670BR601045, registrado em nome de FATIMA FEITOZA DE SOUZA, o 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 cair; 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 RUSCHEL CORREIA BEZERRA - MAT.: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Alexsandro Araújo de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A):

ANNA CLAUDIA NEVES DA SILVA - MAT.: 300121-1-9

**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  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

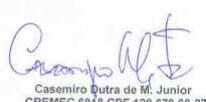
% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 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](http://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](http://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 inicio 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>

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

**Graduação: Em grau intenso 75%**

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

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

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 Braga de Souza

PORTADORA(A) DO RG Nº SCN 01151342042 EXPEDIDO POR DETAN EM 06/03/2015  
 CPF 495466363-82 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO funcionário  
 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 Braga 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 ou SALÁRIO CIVIL/DA FAMÍLIA
- 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 Económica 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](http://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.**

13 OUT 2016

RECEBIDO

**IMPORTANTES:** 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4604 Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4604 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000139363

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.

Fonte Lige 26 de Julho de 2016 Alexsandro Braga 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARANGABA  
 DATA: 05/10/2016 HORA: 09:56:41  
 TERMINAL: 15631005 CONTROLE: 156310050077

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA  
 DE VALORES - TEV

REMETENTE  
 CGC/AGÊNCIA :  
 CONTA :  
 NOME :

FAVORECIDO  
 CGC/AGÊNCIA : 3604 / INDUSTRIAL MARACANAU  
 CONTA : 013.00.013.936-3  
 NOME : ALEXANDRO ARAUJO DE SOUZA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 05/10/2016

SASEMI SEGURADORA S/A  
 13 OUT 2016  
 RECEBIDO

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
 SAC CAIXA: 0800-726 0101  
 Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 1170 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 03/02/2016 16:51:54

Data / Hora da Ocorrência : 03/02/2016 08:58:00

Endereço da Ocorrência: ROD. CE-265

RECEBIMENTO

RECIBO

Lugar de Referência: ENTRE IBARETAMA E QUIXADÁ

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: ALEXSANDRO ARAÚJO DE SOUZA

Nascimento : 11/02/1972

CNIS: 01151397042 Órgão Emissor: DETRAN UF: CE - CPF: 49546686387

SABEMI SEGURADORA S/A

Filiação: JOSÉ ANTONIO DE SOUSA

MARINA MOREIRA DE ARAÚJO

Endereço: R.B, LOT. EXPEDICIONARIO 353

ITAPERI

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 8597064103

13 OUT 2016

RECEBIDO

**Historico**

Informa o noticiante que: no dia 03/02/2016, por volta das 08:58, andava como garupaço do motociclo HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, PLACA OCH 2075, CHASSI 9C2KC1670BR601045, registrado em nome de FATIMA FEITOZA DE SOUZA, o 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 cair; Que, o noticiante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Eudesio Barreto, nessa veze; Que, não corre testemunha as pessoas de JUACIR PAULO TIBURCIO DE SOUSA e THIAGO DE OLIVEIRA MAGALHÃES. E nenhuma mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**TAYLON RUSCHEL CORREIA BEZERRA - MAT.: 198323-1-7**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Alexsandro Araújo de Souza**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ANNA CLAUDIA NERY DA SILVA - MAT.: 300121-1-9**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexsandro Lacerda de Souza, portador da carteira de identidade nº CCCM C111337542 e inscrito no CPF/MF sob o nº 695.466.323-84, residente e domiciliado na Rua das Flores, 123, Centro, São Paulo, SP, 01300-000, Cidade São Paulo, Estado São Paulo, 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A

13 OUT 2016

RECEBIDO

Alexsandro Lacerda de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



fls. 83

Eu, ALEXSANDRO Araújo de Souza, portador da carteira de identidade nº (CIN) 011.513.970-42 e inscrito no CPF/MF sob o nº 495.466.863-87, residente e domiciliado na Rua Fausto Ribeiro da Costa nº 672, Cidade Marcílio Dantas, 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:

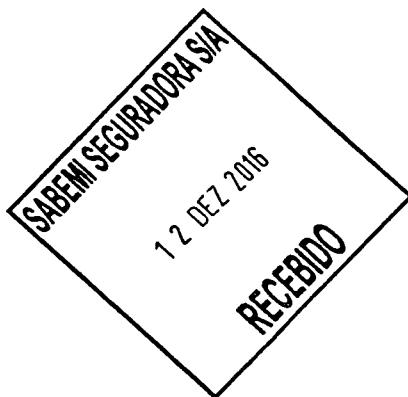
- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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.

Alexsandro Araújo de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Fortaleza, 26 de Julho de 2016

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 maio de 2016  
SABEM SEGURODA SA

13 OUT 2016

RECEBIDO

MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Assessoria Executiva  
SAMU 192 CEARÁ

Halana Mantas  
EUFERNEIRA  
COREN-CE 0244

**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  
Ouvidoria do SAMU: [ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br](mailto:ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br), Fone : (85) 3260-3797

