

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: **RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS**, brasileiro, natural de Mombaça/CE, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 039.371.023-88, RG nº 2006029295246 SSPCE, residente e domiciliado no Sítio Bananeiras, nº 15, Distrito de Cacimbas, Mombaça/CE, CEP nº 63610-000, sem endereço eletrônico.

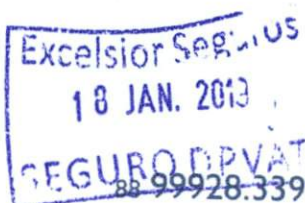
OUTORGADOS: **MARCOS SIQUEIRA SILVÉRIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 37.835 e **MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 39.687, ambos com endereço profissional na Rua Venerando Alexandrino, nº 38, Bairro Vila Jataí, Tauá/CE, CEP nº 63660-000, onde deverá receber as intimações e demais atos/comunicações pertinentes ao feito, conforme art. 105, § 2º, do CPC.

PODERES: O(A) outorgante concede os **mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes**, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecutorias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, receber e dar quitação, de Alvarás, Requisição de Pequeno Valor - RPV, Precatórios e/ou de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, **em especial para encaminhar pedido de indenização referente ao seguro obrigatório - DPVAT, concedendo poderes para enviar, assinar e requerer os documentos obrigatórios.**

Tauá/CE, 08 de novembro de 2018

Rafael Evangelista dos Reis

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS



88 99928.3399 | 88 99607.9043 | marcossilverio.adv

Rua Venerando Alexandrino, nº 38 - Vila Jataí - Tauá/CE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS**, brasileiro, agricultor, convivente, portadora do RG de nº 2006029295246 e inscrita no CPF de nº 039.371.023-88, residente e domiciliado no ST Bananeiras, nº 15, DT de Cacimbas, zona rural de Mombaça/CE, CEP 63610-000, desejando obter os benefícios da “*Justiça Gratuita*”, declaro, nos termos dos arts. 98 e 99 do Novo Código de Processo Civil (CPC) e, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do sustento próprio e de minha família, a qual funciono como arrimo, necessitando, portanto, da gratuidade da justiça.

Por ser expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações retro sob os auspícios da lei, assino o presente termo para que produza seus efeitos legais.

Tauá/CE, 26 de Outubro de 2018.

Rafael Evangelista dos Reis

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS



Nº DO CLIENTE

3841464

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

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

fls. 11



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

535731938

Rota 23 14025 02 204440 - 6 Data de Emissão 03/08/2018
 Nome MARIA JOSELINA BENTO DA SILVA
 End. Postal ST BANANEIRAS 00015
 DT CACIMBAS - MOHACA - 63610000
 Medidor 24250345 Poste 0000 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA
 RG/CPF/CNPJ 036627633-62 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Ago/2018
 Data de Apresentação 04/09/2018
 Previsão Próxima Leitura 04/09/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MCHCH
 Mês Jun 2018 EUBD 5,09

ICMS

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

Padrão de Consumo P

Padrão de Consumo P	Apuração Individual
Mensal Trim. Anual	Mensal Trim. Anual
DIC 10,44 20,88 41,76	0,00 2,22 0,00
FIC 7,52 15,04 30,08	0,00 2,00 0,00
DMIC 5,50	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CFOS: 4051.1850.1720.014.0000.4950.7015

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 4437	4395	1,00	52	0,00	21	0,1214	2,55
03/08/18	04/07/18		00/01/18		52		12,76

VALOR CONSUMO DO MES 12,76
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,43
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -13,19
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,22)

VENCIMENTO 12/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	6,78
Transmissão	0,00
Dist. Utilização	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (PIS, COFINS)	0,76
TOTAL	13,19

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

52	52	51	51	64	45	46	50	45	50	47	50
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

20,30

0,00

0%

100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Atenção! Se existir débitos em atraso, não haverá a emissão da fatura mensal. Se houver débitos em atraso, a fatura mensal será emitida com o valor de R\$ 50,00. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

03/2018 50,00

MÓDULO FISCAL: VALOR LEITURA POR FHT MÉDIA-LEIT. BIMESTRAL ANT 06 RES 414

Conta desta fatura R\$ 0,76 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS 0,50% e COFINS 0,26%.

Estamos em Bandeira Vermelha porque 2 em setembro com custo de 5,00 reais e cada 100 kWh adicional custa R\$ 1,22. Informações: www.enel.com.br

Nº do Cliente:

3841464

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

03/08/2018

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

535731938

Nº de Controle:

0003841464 00104 39192 85

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

Excelsior Seguros
 18 JAN. 2013
 SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **MARIA JOSELIA BENTO DA SILVA**, portador (a) do RG nº 2006024014265, expedido em 29/12/2015, pelo SSP/CE, inscrito (a) no CPF sob o nº 036.627.633-62, residente e domiciliado No Sítio Bananeiras, nº 15, DT de Cacimbas, zona rural de Mombaça/CE, CEP 63610-000, **DECLARO**, para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da lei, que **RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS** reside e domicilia-se no endereço retro mencionado, sob o mesmo teto deste declarante, na condição de CONJUGE, cujo comprovante de residência encontra-se em meu nome, conforme comprovante em anexo. Declaro, ainda, estar ciente de que a declaração falsa pode implicar em sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

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 um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Tauá/CE, 26 de Outubro de 2018.

Maria Joselia Bento da Silva

MARIA JOSELIA BENTO DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044826

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Data do Acidente: 27/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Peg. 0126301264 - carta_04 - INVALIDEZ

00060632



Carta nº 14354665

OK! Devolver Documentos
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

fls. 14



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022096/19

Vítima: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF: 039.371.023-88

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 27/09/2018

Titular do CPF: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO : 048.274.703-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS : 039.371.023-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO
CPF: 048.274.703-08

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO



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

Impresso nº 2018238898

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 558 - 3078 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2018 10:53:28**
Data / Hora da Ocorrência: **27/09/2018 17:24:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DE TERRA**
Complemento:
Bairro:
Município: **TAUÁ/CE**
Ponto de Referência: **SITIO LAGOA DO EUFRASINO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS**
Nascimento: **08/01/1989** CPF:
RG: **2006029295246** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS**
LUÍZ DOS REIS DA SILVA
Endereço: **SITIO BANANEIRAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MOMBACA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **FMV7142** Uf: **CE** Município: **TAUÁ** Chassi:
9C2KD0810GR437438 Renavam: **1082127687** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO MOREIRA DA SILVA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando era transportado como garapeiro de uma motocicleta acima caracterizada, tendo o condutor Antonio Moreira da Silva, que colidiu com outra motocicleta que vinha no sentido contrario, caindo ao chão e sofrendo fratura em pé esquerdo + glascow 15. Acrescenta que foi socorrido por seu primo Marcio para o Hospital desta cidade e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que indicou como testemunhas do acidente as pessoas de Francisca Araújo Rodrigues e João Paulo de Lima. E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante. Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR - MAT.: 196230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rafael Evangelista dos Reis



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

Impressão nº 2018238898

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3078 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

DANILO TAVORA DA FONSECA - MAT.: 30113918



+ Rosal Evangelista dos Reis

TESTEMUNHA

+ João Paulo de Lima

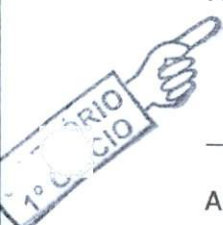
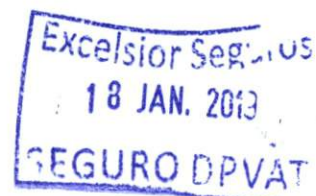
✓ Francineia Araújo Rodrigues

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTÔNIO MOREIRA DA SILVA,RG nº 194447-81, data de expedição 23/03/98,Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 268.025.463-53, comdomicílio na cidade de TAUÁ, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)LAGOA DO EUPRAZINO, S/N, ZONA RURAL, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS, cujo o condutor eraANTÔNIO MOREIRA DA SILVA.Veículo: HONDA / NXR 160 BROS ESDDModelo: NXR 160Ano: 2016/2016Placa: PMV 7142Chassi: 9C2KD08106R437438Data do Acidente: 27.09.2018Local e Data: TAUÁ/CE 20.11.2018

Antônio Moreira da Silva
Assinatura do Declarante


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

Antônio Moreira da SilvaDou fé, Tauá-CE 20 NOV 2018

Em testemunho _____ da verdade

 Maria IRANIA L de Macedo-Notária
 ANNA CAROLINE A de Parente-Substituta
 LUIZA DIVINA Fernandes de Noronha-Escrivente
 ANA CLAUDIA Fernandes Evangelista-Escrivente
 MONYQUE ARAUJO de Sousa-Escrivente

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014141162953
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 1082127687 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
ANTONIO MOREIRA DA SILVA

TAUA /CE

CPF / CNPJ 26802546353 PLACA FMV7142/CE

PLACA ANT / UF /CE 9C2KD0810GR437438 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAD APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 2F/0CV/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA ***** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC / COTAS 1*
FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS ***** 2*
***** 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL TAUA DATA 12/07/2018

SEGURO OBRIGATORIO

CONTRAN

DETRAN

Superintendente

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

CE Nº 014141162953 BILHETE DE SEGURO DPVAT

26802546353 FMV7142/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014141162953 14150856961

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 12/07/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 26802546353 PLACA FMV7142

RENAVAM 1082127687 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ES

ANO FAB. 2016 CAT. TARIF. PART Nº CHASSI 9C2KD0810GR437438

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD08E16437400 03495

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014141162953
RECIBO CE Nº

DE DE

ASSINATURA

03495
PMV7142
CÔD. RENAVAM 1082127687
193055 03495

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão: 27/09/2018 17:24

Página 1

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE	
Prontuário 089180	Atendimento 0001
Nome do Paciente RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS	
Documento(s) Identidade: 2006029295246	
Data de Nascimento 08/01/1989	Local TAUA/CE
Pai LUIZ DOS REIS DA SILVA	Mãe ANTONIA EVANGELISTA DOS REIS
Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Bairro INHAMUNS
CEP 63660-000	Município TAUA
Profissão AGRICULTOR	Estado Civil Casado(a)
Sexo Masculino	Idade 29 Ano(s)
Responsável MARCIO REIS DA SILVA	CPF do Responsável
Endereço VILA LAGOA DO EUFRAZINO, SN	Município TAUA
UF CE	Telefone

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data Atendimento 27/09/2018	Hora 17:24
Convênio SUS	Matrícula
Profissional do Atendimento	Nº Conselho
Indicador de Acidente	Tipo Atendimento
Observação	Funcionário MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES
Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
() Alta	() Internação
() Óbito	
Sinais Vitais	
Peso (kg)	Altura (cm)
T (°C)	P (bpm)
R (mpm)	PA (mmHg)
Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

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

Lesão no tornozelo - entorse. Sem trauma ou quedas no local.

3 no exame ortopédico

D no plano de

Resposta normal

Exame constante com - entorse

Exame

Exame Rx Tornozelo

Rx Tornozelo

CONFERE COM O ORIGINAL

60.975.737.0001

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

Hospital Dr. Alberto Feitosá Lima

CEP: 63660-000

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

Exame de

Fratura 4ª e 5ª metatarsais

TTO com

Tala beta

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.185 TEOT 11.977

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCIO REIS DA SILVA

Carimbo e Assinatura do Médico

DR. WALDEYR LOPES COELHO
CRM: 10812

APRIL CARLOS RODRIGUES
TEC. EM FARMACIA
CORENCE 762.061

Hospital Dr. Alberto
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saocamilotaua.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Rafael Evangelista do Reis

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins
que o Sr. Rafael Evangelista do Reis
doente com S92 Fratura
4ª e 5ª Metatarsos (E). Afetado e
trabalho leve por 60 dias

TAUÁ, 27 de 09 2010

ASSINATURA E CRM

> Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
Rua Abigail Cidrão de Oliveira, 213
Planalto dos Colibris
63660-000 Tauá CE
Tel 88 3437-4299

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.165 TEOT 11.977

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

Requerente: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

NB: 625.566.454-0

Sexo: Masculino

Nasc.: 08/01/1989

Nº Requer.: 192824932

Est. Civil:

RG.: 06029295246

Emissão.:

Data Exame: 29/11/2018

Ocupação:

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

História:

AGRICULTOR, SIC. INFORMA QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO EM 27/09/2018, COM FRATURA ESQ. NÃO TROUXERX; ATESTADO MÉDICO DODR JOSÉ AYRES, CRM 12105, DE 27/09/2018, COM CID S92, SOLICITA 60 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Início da Doença: 27/09/2018

Cessação do Benefício: 31/12/2018

Início da Incapacidade: 27/09/2018

CID: S92

Considerações:

EM TTO DE FRATURA, INCAPAZ PARA O TRABALHO

Exame Físico:

LEVE INCHAÇO EM PÉ E CLAUDICAÇÃO.



Ac. do Trabalho: NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: SIM

Auxílio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

Resultado: Existe incapacidade laborativa.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

039.373.023 -88

Rafael Evangelista dos Reis

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: CPF:

Rafael Evangelista dos Reis

039.373.023 -88

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Agricultor

Srtio Bananeiras

35

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

St Cacimbaras

Mombaca

CE

63060000

E-mail: Tel. (DDD):

mateus-myqueyna@hotmail.com

(88) 999283399

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Tava/CE, 30, Dezembro de 2018
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rafael Evangelista dos Reis

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mateus Myqueyna Milheiro

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

2ª | Nome: CPF:

Assinatura
SEGURO DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BANCO DO NORDESTE
EXTRATO P/SIMPLES VERIFICACAO
CONTA CORRENTE
EMITIDO EM : 14/12/2018 AS 11:30:36
CONTA CORRENTE: AGENCIA 00113 CONTA 000021144-7
CLIENTE: RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS
SALDO ANTERIOR 0,00

SALDO 0,00

SALDO TOTAL DA CONTA 0,00

DISPONIVEL PARCIAL 0,00
POUPANCA CORRENTE 0,00
BLOQUEADO 0,00

FUNDO INVESTIMENTO
COM RESGATE AUTOMATICO
SALDO LIQUIDO 0,00
SEM RESGATE AUTOMATICO
SALDO LIQUIDO 0,00

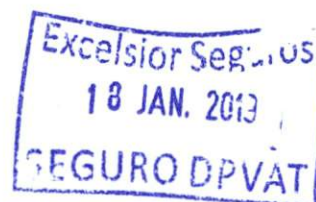
CPMF A COBRAR 0,00

SALDO DISPONIVEL TOTAL 0,00
DATA DA ABERTURA DA CONTA 18/01/2016
DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 25/01/2016

FAMILIA, QUEM VOCE AMA PODE SALVAR VIDAS. PARA
SER DOADOR DE ORGAOS, LEMBRE-SE DE AVISAR SUA
FAMILIA

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E
OUVIDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

0055-0059-18.16.12-1-1-90-2102



Excelisior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polgar Direito

Mateus Siqueira Silvério

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TIPOGRAFIA OFICIAL E FISCAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2007157443-8** DATA DE EXPEDIÇÃO **20/12/2018**

NOME **MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO**

FILIAÇÃO **LUIZ TEIXEIRA SILVÉRIO**
MARIA DO SOCORRO SIQUEIRA SILVÉRIO

NATURALIDADE **TAUÁ - CE** DATA DE NASCIMENTO **29/04/1993**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:294 FOLHA:74 LIVRO:A**
ESPEC TAUÁ - CE

CPF **048.274.703-08**

João Carlos de Almeida P.: 49

ASSINATURA DO DIRETOR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TIPOGRAFIA OFICIAL E FISCAL





Nº de Inscrição:

026186950

DADOS DO CLIENTE

Nome: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

End. Leitura: RU VENERAND ALEXANDRINO, 38, VILA JATAY

Cidade: TAUÁ

CEP: 63660-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 027

Setor: 006
Subsetor: 00Quadra: 00-13
Subquadra: 00

Lote: 0055

CEP: 0091

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	000F213394	28	29	1	1

DATAS

Leitura Atual: 19/10/2018

Emissão: 19/10/2018

Lacre Água: 7306212

Leitura Anterior: 18/09/2018

Próxima Leitura: 18/11/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0,15	0,15	0,10	0,15	0,15
Analisadas	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
Em conformidade	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	24,10	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	0,49	MAI/18 2 0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,24	JUN/18 2 0
		JUL/18 2 0
		AGO/18 1 0
		SET/18 1 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24
COFINS	1,20

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	39,43
VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	25,13

MÊS/ANO
10/2018VENCIMENTO
07/11/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
25,13

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 352251054618411 L: 0464 H: 08:17:25 R: 005 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itau, 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 este serviço. Consulte sua agência.



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

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mateus Siqueira Silveiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.274.703 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Evangelista dos Reis inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.371.023 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rafael Evangelista dos Reis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.371.023 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recurso informal e apresento os documentos comprobatórios: CPF e RG

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Venerando Alexandrino</u>		Número <u>38</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Vila Satay</u>	Cidade <u>Tauá</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63660-000</u>
Email <u>mateus-siqueira@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8899928-3399</u>	Telefone celular (DDD) <u>—</u>

Tauá/CE, 19 de Dezembro de 2018
Local e Data

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

Mateus Siqueira Silveiro
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RAFAEL EVANGELISTA DOS REIS

CPF da Vítima

039.371.023-88

Data do Acidente

27/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Excelsior Seguros
18 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Tava/CE, 19 de Dezembro de 2018.

Local e Data

Mateus Miqueleza Milwênio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal