



# CARTÓRIO JOSÉ LÚCIO - 1º OFÍCIO

CNPJ/MF 05.468.384/0001-95

Tauá - CE - 1º OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

MARIA IRANI ABREU LUCIO DE MACEDO

Tabeliã e Registradora

ANNA CAROLLINE A. DE MACEDO PARENTE

LUIZA DIVINA FERNANDES DE MARCHA

Substitutos



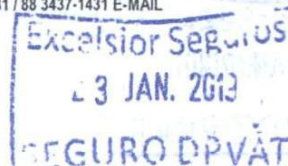
Reconhecimento de Firma, Escrituras, Procurações, Protestos, Registros de títulos e documentos ...

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES como **OUTORGANTE** e MARCOS SIQUEIRA SILVÉRIO; MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO como OUTORGADOS.

**SAIBAM** quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 04 dia(s) do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Tauá, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como **OUTORGANTE** AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES, nascido em 02 (dois) de fevereiro de 1980 (mil novecentos e oitenta), RG. 3368047-99/SSPDC/CE, CPF 002.237.223-75, brasileiro, casado, agricultor, residente e domiciliado nesta cidade (Rua Cândido Alves Barreto, nº 41, Bairro Dr. José Ósimo), reconhecido como o próprio por mim Escrevente Autorizado(a) pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como **PROCURADORES** MARCOS SIQUEIRA SILVÉRIO, nascido em 29 (vinte e nove) de abril de 1993 (mil novecentos e noventa e três), inscrito na OAB/CE 37.835, CPF 055.403.783-18, brasileiro, solteiro, advogado e MATEUS SIQUEIRA SILVÉRIO, nascido em 29 (vinte e nove) de abril de 1993 (mil novecentos e noventa e três), RG 2007157443-8/SSPDS/CE, CPF 048.274.703-08, brasileiro, solteiro, bacharel em Direito, ambos com endereço profissional nesta cidade (Rua Venerando alexandrino, nº 38, Bairro Vila Jataí), a quem concede **PODERES** para que os procuradores o represente junto a seguradoras e aonde se faça necessário, com a finalidade de requerer o seguro DPVAT, em face de acidente automobilístico do qual foi vítima o outorgante; podendo dar entrada no processo de sinistro para recebimento de indenização e/ou reembolso das despesas, acompanhando-o em todo seu transcorrer; requerer o que preciso for; assinar requerimentos, declaração de herdeiros e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; interpor recursos a Instâncias Superiores; apresentar documentos necessários, produzir provas, justificações; transigir; receber e endossar cheques das quantias recebidas; dar recibo e quitação; sacar em quaisquer agências bancárias; acaso necessário, constituir advogado, ao qual substabelecerá os poderes expressos neste instrumento e conferirá os que lhe forem indispensáveis para concretização do mandato, inclusive os que integram a cláusula AD JUDITIA e os excepcionados no artigo 38 do Código de Processo Civil (receber citação, transigir, etc); praticar todos os atos indispensáveis ao bom e fiel cumprimento do presente mandato; substabelecer. Sendo totalmente do outorgante e outorgados a responsabilidade civil e criminal pelos poderes aqui conferidos e atos que venham a ser praticados, respectivamente,

Rua Gervina Maria Lima Paixão Moreira, 242, Centro - Tauá - Ceará - Fone: 88 3437-1431 / 88 3437-1431 E-MAIL  
cartoriojlucio@gmail.com

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEILA DERLANGE DIAS GONCALVES, liberado nos autos em 04/09/2019 às 08:18. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003070-91.2019.8.06.0171 e código 50880C4.

isentando o 1º Tabelionato de Notas de quaisquer responsabilidades. Será emitida informação deste instrumento à Central Notarial de Serviços Eletrônicos Compartilhados - CENSEC (Provimento 18/2012/CNJ). Certifico que foram integralmente observadas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade deste ato. Testemunhas instrumentárias dispensadas pelo outorgante na conformidade da ressalva contida no artigo 215, parágrafo 5º do Código Civil Brasileiro. DOCUMENTOS APRESENTADOS E ARQUIVADOS NESTE TABELIONATO: - a) cópias das cédulas de identidade e CPF do outorgante, de quem assina o rogo e das testemunhas; b) cópias das cédulas de identidade profissional dos outorgados. GRF 1044. Digitado por Monyque. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Serviram de testemunhas, MARIA TEREZA BASTOS DO NASCIMENTO, nascida em 21 (vinte e um) de fevereiro de 1964 (mil novecentos e sessenta e quatro), RG. 678443-83/SSP/CE, CPF 427.331.033-34, brasileira, solteira, agricultora, residente e domiciliada nesta cidade (Rua Sete de Setembro, nº 210, Centro), e IZAURA SETUBAL LIMA, nascida em 16 (dezesesseis) de agosto de 1976 (mil novecentos e setenta e seis), RG. 2735667-93/SSP/CE, CPF 727.653.803-68, brasileira, casada, agricultora, residente e domiciliada nesta cidade (Rua Cândido Alves Barreto, nº 41, Bairro Dr. José Ósimo). As: a rogo pelo outorgante, DEUZELINA GEYSA DE ABREU RICARTE, nascida em 20 (vinte) de março de 1995 (mil novecentos e noventa e cinco), RG. 2007002112882/SSP/CE, CPF 061.160.343-81, brasileira, solteira, estudante, residente e domiciliada nesta cidade (Rua Venerando Alexandrino, nº 38, Bairro Vila Jataí); MARIA TEREZA BASTOS DO NASCIMENTO; IZAURA SETUBAL LIMA. Eu MONYQUE ARAÚJO OLIVEIRA DE SOUSA MEDEIROS, Escrevente Autorizado(a), subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade. Dou fé. Tauá, 04 de janeiro de 2019. Está conforme o original. Traslada hoje.

MONYQUE ARAÚJO OLIVEIRA DE SOUSA MEDEIROS  
Escrevente Autorizado(a)



| TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE |           |
|-----------------------------|-----------|
| EMOLUMENTOS                 | 31,71     |
| ISS                         | 1,59      |
| FERMOJU                     | 4,00      |
| SELO                        | 5,15      |
| FAADEP                      | 1,59      |
| FRMP                        | 1,59      |
| OUTROS                      | 0,00      |
| TOTAL                       | 45,63     |
| SL:                         | AD 402586 |

Excelsior Seguros  
23 JAN. 2019  
SEGURO DPVAT

Rua Gervina Maria Lima Paixão Moreira, 242, Centro - Tauá - Ceará - Fone: 88 3437-1431 / 88 3437-1431 E-MAIL: cartoriojlucio@gmail.com

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES**, brasileiro, agricultor, convivente, inscrito no CPF de nº 002.237.223-75 e portador do RG de nº 3368047-99, residente e domiciliada na Rua Candido Alexandrino, nº 41, Tauá/CE, CEP 63660-000, 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, 23 de Julho de 2019.

D.P. Reuzelina Geysa de Abreu Ricarte

**AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES**

OK! Deu tudo certo  
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

fls. 13  
Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguros DOVAT



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026210/19

Vítima: AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

CPF: 002.237.223-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2018

Titular do CPF: AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO : 048.274.703-08

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

AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES : 002.237.223-75

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.dovatsseguro.com.br](http://www.dovatsseguro.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: 23/01/2019  
Nome: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO  
CPF: 048.274.703-08

MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019  
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO  
CPF: 352.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEILA DERLANGE DIAS GONCALVES, liberado nos autos em 04/09/2019 às 08:18. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003070-91.2019.8.06.0171 e código 50880C6.

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: 002.237.223-75 Nome completo da vítima: AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES

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

Nome completo: AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES CPF: 002.237.223-75

Profissão: AGRICULTOR Endereço: R. CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO Número: 41 Complemento:

Bairro: JOSÉ OZIMO Cidade: TAVÁ Estado: CE CEP: 63660-000

E-mail: mateusmilverio.adv@gmail.com Tel. (DDD): (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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3443 CONTA: 29286 8  
(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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (val 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.



Local e Data, Tava/CE, 04 Janeiro de 2019  
Nome: AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES  
CPF: 002.237.223-75  
Assinatura de quem assina A ROGO

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: CPF:

2ª | Nome: CPF:



Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190057032

Vítima: **AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES**

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MATEUS SIQUEIRA SILVERIO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

*Anexar laudo  
do IML e Prontuário  
do hospital!*

0026210/L9



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190057032

Vítima: AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3368047-99 DATA DE EXPEDIÇÃO 07-05-99

NOME AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES

FILIAÇÃO Aluizio Gonçalves Nobrega  
Maria Alves Gonçalves

NATURALIDADE Tauá-Ce. DATA DE NASCIMENTO 02-02-80

DOC ORIGEM Cert. Nas. 5043, L.A-6, F.127  
CPE Tauá-Ce.

PORTALIDADE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Tauá-Ce

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Excelsior Seguros  
23 JAN. 2013  
SEGURO DPVAT

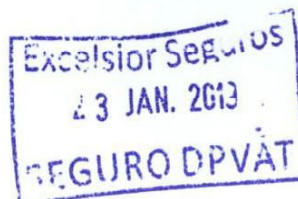
MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição  
002.237.223-75

Nome  
AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES

Nascimento  
02/02/1980





Nº de Inscrição:

026195399

## DADOS DO CLIENTE

Nome: AUGUSTO CESAR A GONCALVES

End. Leitura: RU CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41, JOSE OZIMO

Cidade: TAUÁ

CEP: 63000-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 027

Setor: 007

Subsetor: 00

Quadra: 0140

Subquadra: 00

Lote: 0077

CEP: 0000

Compr: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumem³ | Media Semestral m³ |
|---------|------------|------------------|---------------|----------|--------------------|
| AGUA    | R05F337104 | 961              | 0             | 5        | 5                  |

## DATAS

Leitura Atual: 20/10/2018

Leitura Anterior: 19/09/2018

Emissão: 20/10/2018

Próxima Leitura: 21/11/2018

Lacre Água: 9999999

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

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

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
Consumo cobrado pela média de 5 m³.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-------------|---------------------|
| 21,10       | Mês/Ano             |
| 19,52       | Out/17              |
|             | Nov/17              |
|             | Dez/17              |
|             | Jan/18              |
|             | Fev/18              |
|             | Mar/18              |
|             | Abr/18              |
|             | Mai/18              |
|             | Jun/18              |
|             | Jul/18              |
|             | Ago/18              |
|             | Set/18              |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSÍDIO            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PTS       | 0,42        | VALOR DO SERVIÇO    | 00,00       |
| COFINS    | 2,09        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 24,00       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 43,92       |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 10/2018 | 07/11/2018 | 43,92               |

## ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 352967053962308 L: 0465 H: 08:42:09 R: 017 P: 001

Bancos: Bradesco, BNBr, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outross Pagafacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative ao site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br). Consulte sua agência.

Control de Atendimento  
**Cagece**  
0800 275 0195

**Cagece**  
MOBILE

É 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](http://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](http://www.arce.ce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 275 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

certificado.gov.br  
É mais fácil. Prefira.

155  
Ouvidoria

Excelsior Serviços  
23 JAN. 2013  
REGUROPVAT



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES                          |        |                             |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|--------------------------------------|
| DETRAN - CE Nº 013872143165<br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |        |                             |                                      |
| PPT                                                                               | VIA 01 | COD. RENAVAM 951081292      | R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018 |
| NOME<br>AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES<br>*****<br>TAUA /CE                        |        |                             |                                      |
| CPF / CNPJ 00223722375                                                            |        | PLACA HYM2452/CE            |                                      |
| PLACA ANT / UF /CE                                                                |        | CHASSI 9C2KC08508R405190    |                                      |
| ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.                                             |        | COMBUSTÍVEL GASOLINA        |                                      |
| MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES                                              |        | ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008 |                                      |
| CAP / POT / CIL 2F/0CV/149CC                                                      |        | CATEGORIA PARTIC            |                                      |
| COR PREDOMINANTE VERMELHA                                                         |        | COTA ÚNICA *****            |                                      |
| VENÇ. COTA ÚNICA **/**/**                                                         |        | VENÇ. COTAS 1*              |                                      |
| FAIXA I.R.V.A. *****                                                              |        | PARCELAMENTO / COTAS 2*     |                                      |
| PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65                                                     |        | COT (R\$) 0.70              |                                      |
| PREMIO TOTAL (R\$) 185.50                                                         |        | DATA DE PAGAMENTO 31/01/20  |                                      |
| OBSERVAÇÕES<br>*****<br>*****<br>*****                                            |        |                             |                                      |
| LOCAL TAUA                                                                        |        | DATA 03/04/2018             |                                      |
| Igor Ponte<br>Superintendente DETRAN-CE                                           |        |                             |                                      |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS<br>AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS<br>TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT                                                            |                                     |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| CE Nº 013872143165 BILHETE DE SEGURO DPVAT                                                                                                                                                                                |                                     |                                             |  |
| 00223722375                                                                                                                                                                                                               |                                     | HYM2452/CE                                  |  |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA<br><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a><br>SAC DPVAT 0800 022 1204 |                                     |                                             |  |
| 013872143165                                                                                                                                                                                                              |                                     | 14058659318                                 |  |
| EXERCÍCIO 2018                                                                                                                                                                                                            |                                     | DATA EMISSÃO 03/04/2018                     |  |
| VIA 01                                                                                                                                                                                                                    | CPF / CNPJ 00223722375              | PLACA HYM2452                               |  |
| RENAVAM 951081292                                                                                                                                                                                                         | MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN E |                                             |  |
| ANO FAB. 2007                                                                                                                                                                                                             | CAT. TARE. PARTIC                   | Nº CHASSI 9C2KC08508R405190                 |  |
| PREMIO TARIFARIO                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                             |  |
| FMS (R\$) 81.29                                                                                                                                                                                                           | DEVATRAV (R\$) 9.03                 | CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33                 |  |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15                                                                                                                                                                                               | IQF (R\$) 0.70                      | TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO (R\$) 185.50 |  |
| PAGAMENTO COTA ÚNICA                                                                                                                                                                                                      |                                     | DATA DE QUITAÇÃO 31/01/2018                 |  |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT<br>CNPJ 08.948.808/0001-04                                                                                                                                                                       |                                     |                                             |  |
| MOTOR: KC08E58405190                                                                                                                                                                                                      |                                     | 004706                                      |  |

Excelisior Seguros  
23 JAN. 2018  
SEGURO DPVAT



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



Impresso nº 2018228814

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3030 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **15/11/2018 09:43:43**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/10/2018 14:50:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE REGO**  
Complemento:  
Bairro: **ALTO BRILHANTE** Município: **TAUA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES**  
Nascimento: **02/02/1980** CPF:  
RG : Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **MARIA ALVES GONÇALVES**  
**ALUIZIO GONÇALVES NOBREGA**  
Endereço: **RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41**  
Bairro: **CIDADE NOVA**  
Município: **TAUA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: HYM2452 Uf: CE Município: TAUÁ Chassi:**  
**9C2KC08508R405190 Renavam: 951081292 Tipo do Veículo:**  
**MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES Ano**  
**Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:**  
**VERMELHA Proprietário: AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES**  
**Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL**

**Histórico**

COMPARECEU O NOTICIANTE NESTA DELEGACIA REGIONAL, ONDE DISSE QUE: NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA APONTADOS, ENQUANTO TRAFEGAVA COMO PILOTO DA MOTOCICLETA ACIMA CARACTERIZADA, ACABOU DERRAPANDO NA PISTA E VINDO A CAIR; QUE SOFREU FRATURA NO PULSO DO BRAÇO DIREITO, ALÉM DE ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR PRA O HOSPITAL DE TAUÁ/CE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO; QUE INDICOU COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE LEANDRO GONÇALVES DE SOUSA e PAULO RICARDO VIEIRA DE SOUSA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR - MAT: 198230-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **2**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**ADRIANO DE QUEIROZ ANDRADE - MAT.: 30116011**



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



## GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3030 / 2018

GUIA Nº 558 - 781 / 2018

TAUÁ, 15 de Novembro de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESÃO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **02/02/1980**

Grau de Instrução: **NI**

Filiação: **ALUIZIO GONÇALVES NOBREGA**

**MARIA ALVES GONÇALVES**

Documento de Identificação:

Órgão Emissor:

Residência: **RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41, CIDADE NOVA - TAUÁ/CE**

Local da Ocorrência: **AV JOSE REGO, ALTO BRILHANTE - TAUÁ/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **06/10/2018 14:50**

Observação: **EXAME PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Lauda para: **DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ**

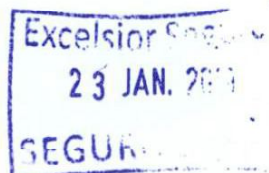
Naturalidade: **TAUÁ/CE**

Estado Civil: **CASADO(A)**

Profissão: **AGRICULTOR**

Número:

UF:



DELEGADO(A) **ADRIANO DE QUEIROZ ANDRADE - 30116011**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ** a Guia de número **781 / 2018** do município de **TAUÁ**.

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome/Assinatura

27 AS 15/11/18

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

## Suia de atendimento - PRONTO SOCORRO

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 000986 Atendimento 0020 Nome do Paciente AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

CNS 160464681840005

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 336804799

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento 02/02/1980

Local TAUÁ/CE

Idade 38 Ano(s)

Pai ALUIZIO GONCALVES NOBREGA

Mãe MARIA ALVES GONCALVES

Endereço RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41

Bairro JOSE OZIMO

CEP 63660-000

Município TAUÁ

UF CE Telefone 88 92329593

Profissão AGRICULTOR

Empresa

Cônjuge IZAURA SETUBAL LIMA

Responsável AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVE

CPF do Responsável

Endereço RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41

Município TAUÁ

UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 06/10/2018 Hora 15:17 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento

Nº Conselho

Tipo Atendimento

Indicador do Acidente

Funcionário

ANTONIO REGINALDO JUSTINO DE SOUSA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

às 16:45

Tipo de Saida

Alta

( ) Internação

( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (mpm)

PA (mmHg)

Oximetria (%)

Glicemia (mg/dl)

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

Partida acidente motociclístico tendo contusão

pe (E) e antebraço (D)

Perimétrico pe (E)

HD = Politrauma

CD = ~~EX~~ pe (E) e punho (D)

Voltam 1 amp (D)  
EX punho (D)

sutura frimento

Paracet T.O.

Agapito A. F. Medeiros  
Médico  
CREMEC-15321

Excelsior Seguros  
23 JAN. 2019  
REGURO DPVAT

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável AUGUSTO CESAR ALVES

Rx Paulo (D) PERIK

Dr. Claudio  
CRM: 13377-0  
13377-0  
Caldas Miranda  
Cidade do Ombro  
TE: 1470

Acidente de moto com trauma em pulso (D)  
Sem ferimentos local

Rx com fratura de rádio distal incompleta

Ed: Gemo lura

Quinta Marques  
Toc. Inob. Ortopédico  
ASTEG 2022

10713377-0  
Dr. Saul Caldas Miranda  
Cirurgia do Ombro  
CRM-CE: 13377 / TEOT: 14770

Excelsior Seguros

23 JAN. 2013

SEGURO DPVAT

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEILA DERLANGE DIAS GONCALVES, liberado nos autos em 04/09/2019 às 08:18 .  
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003070-91.2019.8.06.0171 e código 50880D0.

Hospital Dr. Alberto  
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saocamilotaua.org.br

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Augusto Cesar Alves

Retorno de 15/11/13

→ Re. Função @ MIA  
p/ Censo

TAUÁ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

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

Excelência SPRE-AL  
23 JAN. 2013  
SEGURO DPV

Hospital Dr. Alberto  
Feitosa Lima

www.saocamilotaua.org.br

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ALBERTO MORAES

Ativo de 0 a 5 anos  
AU GURO Celso Alves  
GONÇALVES Necessita  
de Afecção de sua  
Atividade Laborativa por  
Perda de CO (segunda)  
21/12/2018 S 525

TAUÁ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

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

22/10/18

Excelsior Seguro  
23 JAN. 2019  
SEGURO DPVAT



Registro N. 774679 / 2018

Digitacao: 27/11/2018 (MANUEL.BARBOZA)  
Livro: 31 Pagina:8

Enviar para PARTE INTERESADA

### EXAME SEGURO DPVAT

Em 27 de novembro de 2018, nesta cidade de Tauá, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**Manuel de Sales Barboza Junior**

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

#### AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

a fim de ser atendida a requisição de nº 781 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

**Em consequência, às 14:30h de 27/11/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:**

Periciando compareceu para exame para fins de DPVAT.

Refere queda de moto em 06/10/2018. Apresentou fratura de radial distal direito em virtude do acidente. Teve tratamento conservador com imobilização. Encontra-se em processo de reabilitação.

Ao exame: Discreta limitação de movimentos do punho direito.

#### RESPOSTA AOS QUESITOS

**PRIMEIRO** - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

**Sim;**

**SEGUNDO:** Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Punho direito. Perda funcional 10%.**

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Manuel de Sales Barboza Junior  
Médico Perito Legista

Manuel de Sales Barboza Junior



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190057032

Vítima: AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATEUS SIQUEIRA SILVERIO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



OK!

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

Impressão 06/10/2018 15

Página

## Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 000986 Atendimento 0020 Nome do Paciente AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES

CNS 160464681840005

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 336804799

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento 02/02/1980

Local TAUÁ/CE

Idade 38 Anos(s)

Pai ALUIZIO GONCALVES NOBREGA

Mãe MARIA ALVES GONCALVES

Endereço RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41

Bairro JOSE OZIMO

CEP 63660-000

Município TAUÁ

UF CE Telefone 88 92329593

Profissão AGRICULTOR

Empresa

Cônjuge IZAURA SETUBAL LIMA

Responsável AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVE

CPF do Responsável

Endereço RUA CANDIDO ALEXANDRINO BARRETO, 41

Município TAUÁ

UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 06/10/2018 Hora 15:17 Convênio SUS

Profissional do Atendimento

Matrícula

CID

Nº Conselho

Tipo Atendimento

Indicador de Acidente

Funcionário

ANTONIO REGINALDO JUSTINO DE SOUSA

Observação

Sinais

Data/Hora Liberação

às 16:45

Tipo de Saída

Alta

( ) Internação

( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (rpm)

PA (mmHg)

Oximetria (%)

Glicemia (mg/dl)

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

Acidente motociclístico tendo contusão

PE (E) e antebraço (D)

Frimmento PE (E)

HD = Politrauma

CD = RX PE (E) e punho (D)

(D)

Voltarem 1 amp (D)

FX punho (D)

Sutura frimento

Paracet T.O.

Asspto C.A.F.  
CRM-CE-15394

Carimbo e Assinatura do Médico

Excelsior Seguros  
08 FEV. 2013  
SEGURO DPVAT

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável AUGUSTO CESAR ALVES

Dr. Osvaldo Caldas Miranda  
CRM: 13377-0  
10713377-0  
Rua do Ouro, 1470

Ed: Geno Luna

Quinta Marquês  
Toc. Imp. de Gráfica  
ASTEP 2022

10713377-0  
Dr. Saul Caldas Miranda  
Cirurgia do Ombro  
CRM-CE: 13377 / TEOT: 14770

Excelsior Seguros  
08 FEB. 2013  
SEGURO DPVAT

fls. 31  
Fl. 21  
Ass. [assinatura]

Hospital Dr. Alberto  
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saocamilotaua.org.br

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Augusto Cesar Alves

Retorno no 15/01/19

→ No retorno @ 18/10  
p/ caso

TAUÁ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_

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

Excelsior Seguros  
08 FEV. 2013  
SEGURO DPVAT

Hospital Dr. Alberto  
Feitosa Lima

www.saocamilotaua.org.br

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

# RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ANTONIO CARLOS MACHADO

Atenção: O Dr. o Senhor  
AU GUSTO CELSO ALVES  
GONÇALVES MACHADO  
da APARELHAMENTO de SUE  
ATIVIDADE LABORATIVA PO  
PACIENTE de CO (SEGURO)  
CIVIL S 525

TAUÁ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

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

22/10/18

Excelsior Seguros  
08 FEV. 2013  
SEGURO DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.237.223-75

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima AUGUSTO CESAR ALVES GONÇALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.237.223-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>VENECIANO ALEXANDRINO</u>      | Número: <u>38</u>     | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>VILA JATAY</u>                   | Cidade: <u>TAUÁ</u>   | Estado: <u>CE</u>                |
| E-mail: <u>mateusmilveiro.adv@gmail.com</u> | CEP: <u>63060-000</u> | Tel.(DDD): <u>(88) 999283399</u> |

Local e Data: Tauá/CE, 04 janeiro de 2018.

Mateus Miqueira Silveiro

Assinatura do Declarante



# 1. Comprovante de Mora da Promovida.

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas  
Documentos Invalidez Permanente  
Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

## PAGUE SEGURO

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

## ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190057032 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS  
BENEFICIÁRIO AUGUSTO CESAR ALVES GONCALVES  
CPF/CNPJ: 00223722375

Posição em 23-07-2019 10:50:11

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|-----------|------|--------|------|
|-----------|------|--------|------|

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência           | Ver Carta                 |
|---------------|----------------------|---------------------------|
| 26/03/2019    | Exigência Documental | <a href="#">Ver Carta</a> |
| 12/02/2019    | Exigência Documental | <a href="#">Ver Carta</a> |
| 25/01/2019    | Exigência Documental | <a href="#">Ver Carta</a> |
| 25/01/2019    | Aviso de Sinistro    | <a href="#">Ver Carta</a> |

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Serviços  
Acompanhe seu Processo

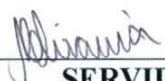
Dúvidas e Respostas  
A Seguradora Líder-DPVAT

Atendimento  
Chat - Atendimento On-line

**CERTIDÃO DE TOMBAMENTO**

**CERTIFICO** que **PROCEDI AO TOMBAMENTO** deste feito no Livro de Tombo de **CÍVEL**, nº \_\_\_\_\_, desta Vara, folha \_\_\_\_\_, sob número de ordem \_\_\_\_\_, devidamente cadastrado no Sistema SAJPG5

Tauá/CE, 31 de 07 de 20 19.

  
**SERVIDOR(A)**

**CONCLUSÃO**

Aos 31/07/19, faço estes autos conclusos ao MM. Juiz.

  
**SERVIDOR(A)**