



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Clerton Sousa da Silva</i>		Data Nasc: <i>12/01/1989</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileira</i>
RG: <i>2002010053392</i>	CPF: <i>042.027.553-32</i>	
Endereço: <i>Rua General Tomé Cordeiro, nº 282, no bairro Jardim Tracema</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.000-000</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

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

Fortaleza (CE), 02 de Dezembro de 20 19.

Clerton Sousa da Silva
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Cleilton Sousa da Silva, residente e
domiciliado na Rua General José Cordeiro, nº 282,
bairro: Jardim Tracema cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 2002010053392, inscrito(a) no CPF nº 042.027.553-32,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 02 de Setembro de 20 19.



DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cleilton Sousa da Silva, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº 2002010053392, inscrito(a) no CPF sob o
nº 042.027.553-32, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua General Jomé Corduro, nº 282,
Bairro Jardim Iracema, CEP: 60.000 - 000/CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 02 de Setembro 20 19.

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Claiton Souza da Silva 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 propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, 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. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 02 de Setembro 20 19.

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

AV. Osório de Paiva, 1127 - Parangaba

31327222-213

Proinha de Parangaba

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/09/2019 às 15:09, sob o número 1385620198060001. Da autenticidade original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/assinadigital/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0169138-56/2019, o código 000001 e o código 000001.

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

 Polegar Direito



Roberto L. da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002010053392 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2014

NOME
CLEILTON SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO
RAIMUNDO GOMES DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 12/01/1989

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 - ZONA - TERMO: 161614 - FOLHA: 78

LIVRO: A-124 FORTALEZA - CE

CPF 042.027.553-32

2 VIA *Roberto L. da Silva* P. 18
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201821842

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4174 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/09/2018 15:32:31**Data / Hora da Ocorrência: **25/08/2018 23:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PROFESSORA MARIA CLARA**

Complemento:

Bairro: **JARDIM IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **CLEILTON SOUSA DA SILVA**Nascimento: **12/01/1989** CPF: **042.027.553-32**CNH: **06371616120**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA****RAIMUNDO GOMES DA SILVA**Endereço: **RUA GENERAL TOME CORDEIRO , 282**Bairro: **JARDIM IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98918-1164****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCR8353** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C6KE1500B0028752** Renavam: **333191226** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 ED** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **CLEILTON SOUSA DA SILVA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCR-8353 NA RUA PROFESSORA MARIA CLARA QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA CONTRAMÃO DA REFERIDA RUA COLIDIU COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA DANDO ENTRADA NO DIA 26/08/2018 E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/09/2019 às 15:09, sob o número 01691385620198060001. Data conferência original: acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/naoastadigital/nd/abrirConferenciaDocumento.do informe o processo 0169138-56.2019.8.06.0001 e código 507B036

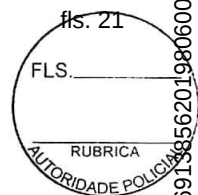


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201821842

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4174 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-0

[Large handwritten signature]

Nº DO CLIENTE

6821867

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



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 563368765

Rota 16 01150 30 229800 - 3 Data de Emissão 21/02/2019

Nome FRANCISCA ALDINEIDE SIMPLICIO DA SILVA

End. Postal RU GAL TOME CORDEIRO 00282
JARDIM IRACEMA - FORTALEZA - 60000000

Medidor 2126934 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 935175993-87 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2019	21/02/2019	25/03/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNEC. DE ENERGIA

Veja a legenda no verso desta conta	
Conjunto	Dez/2018
Mês	DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
127,71	27,00%	34,48

Padrão Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,25	0,75
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	1,00	3,00
DMIC	2,77			3,25		

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E59.8E9D.C09C.D149.2941.3708.101A.B4F7

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 27521	27340	1,00	181	0,00	30 70 81	0,246 0,42335 0,63584	7 29 51
21/02/19	23/01/19		29 DIAS		181		6

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079
Multa Moratoria REF 01/2019
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

VALOR (R\$)

88
10
1
0
10
2

VENCIMENTO

01/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,00



DECLARAÇÃO

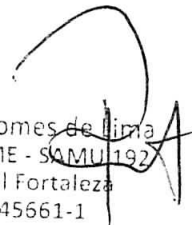
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Cleilton Sousa da Silva** - C.P.F. **042.027.553-32**, no dia **25/08/2018**, às **23h50min**, na **Rua Professora Maria Clara**, no **Bairro Jardim Iracema**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P359584/2018**.

Fortaleza, 21 de setembro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANÁ
AV. Odeiro da Paiva nº 1157 - Parangaba - CEP 44.728-040 Fortaleza-Ceá
Telefone (85) 3131-7231 - Fax 3131-7719

**REGISTRO DE
EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:

350 253

Paciente: CLEITON ROCHA DA SILVA

Data da Operação: 22/09/18 Enfermaria: 2 Leito: 115

Operador: Dr. Marcelo Silveira 1º Auxiliar: Dr. Valcir Filho

2º Auxiliar: 3º Auxiliar:

Instrumentador: Anestesista: Dr. Rangel

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TÍBIA (E)

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA (E) +
PLAQUETA OSSÉA

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

1. Acesso em DTH ao antebraço.
2. Fratura exposta e frida (E).
3. Placa aberta + osteossíntese.
4. Placa com placa e parafusos.
5. Placa com placa e parafusos.
6. Placa com placa e parafusos.
7. Placa com placa e parafusos.
8. Placa com placa e parafusos.
9. Placa com placa e parafusos.
10. Placa com placa e parafusos.

Dr. Marcelo Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CREMEC 14.098 TEOT 15455

Dr. Valcir Filho
Médico
Ortopedia e Traumatologista
CREMEC 11333 e TEOT 14841

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AQUI QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 03/09/2019 às 15:09, sob o número 01691385620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0169138-56.2019.8.06.0001 e código 507B036.

DR. FERNANDO RABELO DA SILVA

CRM :3630 / ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA

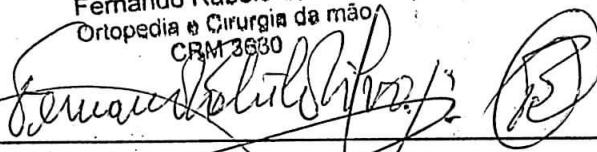
RELATÓRIO MÉDICO

P1 Cleiton Jesus da Silva.

Segundo o B.O. Nº 301-4174/2018
O paciente acima citado sofreu acidente
de trânsito (Moto) e/ consequente fratura
diafísaria da Tibia Esquerda, foi sub-
metido a Osteossíntese e placa + parafusos
e, não realizou fisioterapia. Após o
regulamento funcional no membro inferior
Esquerdo. C.T.D.: S.89-2.

Fortaleza: 02/10/2018.

Fernando Rabelo da Silva
Ortopedia e Cirurgia da mão
CRM 3630



DR FERNANDO RABELO DA SILVA

RUA GUILHERME ROCHA, 1201 - CENTRO-FORTALEZA - CE.

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Prefeitura de
Fortaleza

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Cleilton Sousa da Silva, esteve internado nessa unidade no período de 26.08.18 a 29.08.18, sob o registro nº 350283 com o diagnóstico de fratura da tibia esquerda, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

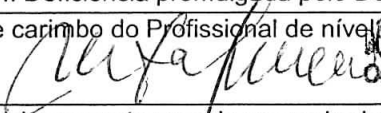
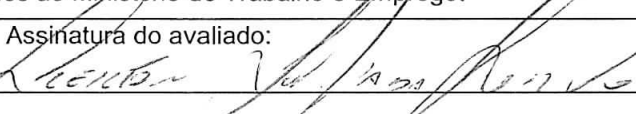
Fortaleza 06 de Setembro de 2018

Atenciosamente



LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12764/12, Lei 13146/2015.

Nome: CLEILTON SOUSA DA SILVA		CPF: 042 027 553-32
CID: ☐ Acidente de trabalho ☐ Congênita ☐ Adquirida em pós operatório ☒ Acidente comum ☐ Doença		
Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ. DEFORMIDADE OU RECUSAR DA PERNA EDOMA CRÔNICO, MÚSCULO CRÔNICO, CIRCUNDAÇÃO PERNA LIMITADA, COM MÚSCULO MUITO FRAQUELO		
Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários: MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, PERNA MUITO LIMITADA IMOBILIDADE DO MEMBRO. DEAMBULOS COM DIFICULDADE		
☒ I- Deficiência Física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____), outras (especificar).	☐ III a- Visão Monocular - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).	
☐ II- Deficiência Auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz Obs: Anexar audiograma	☐ IV- Deficiência Intelectual - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: ☐ a) - Comunicação; ☐ b) - Cuidado pessoal; ☐ c) - Habilidades sociais; ☐ d) - Utilização de recursos da comunidade; ☐ e) - Saúde e segurança; ☐ f) - Habilidades acadêmicas; ☐ g) - Lazer; ☐ h) - Trabalho. Idade de Início: _____ Obs: Anexar laudo do especialista.	
☐ III- Deficiência Visual () cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; () baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; () somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°. Obs: Anexar laudo oftalmológico, utilizar tabela Snellen para avaliar acuidade visual.	☐ IV a- Deficiência Mental – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). Obs: Anexar laudo do especialista.	
☐ IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista Obs: Anexar laudo do especialista.		
☐ V- Deficiência Múltipla - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)		
Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Dec. 5296/2004, Lei 12764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009 e recomendações da IN 98/SIT/2012.		
Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade  Dr. Cleilton Sousa da Silva Ortopedia - Traumatologista CRM 4411		
Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.		
Data: 20/07/2019	Assinatura do avaliado: 	



(/)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190028874 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEILTON SOUSA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO CLEILTON SOUSA DA SILVA

CPF/CNPJ: 04202755332

Posição em 02-09-2019 08:03:28

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/05/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qnlGmIYWNygcjmj5vY?api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8ob4jdjTUhdwe__5so56pTMW0=
26/04/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZNjL7Y00mZHlwA6LGI?api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8ob4jdjTUhdwe__5so56pTMW0=