



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)
Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.20.00313862-3** em **08/09/2020 08:50:23**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Crato
Processo : 0006343-87.2019.8.06.0071
Protocolo : WCRT.20.00313862-3
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Obrigações
Data/Hora : 08/09/2020 08:50:23

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Petição* : 2651559_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-2.pdf
Documentação : 2651559_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 1-20.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATO/CE

Processo: 00063438720198060071

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.^º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial o boletim de atendimento médico, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

Conforme se verifica nos documentos médicos, não ficou devidamente comprovado que as lesões aduzidas sejam decorrentes do sinistro noticiado, isto se observa uma vez que inexiste nestes documentos qualquer menção ao acidente ou até mesmo quanto ao socorro prestado.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Caso não seja o entendimento de V.Exa., e para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade dos documentos médicos apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital São Raimundo, no qual foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CRATO, 4 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE**

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254039**

Vitima: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**

Data do Acidente: **02/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVERARDO DE SOUSA LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254039**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254039**

Vitima: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**

Data do Acidente: **02/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVERARDO DE SOUSA LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180254039**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Certidão de casamento

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254039**
Vítima: **JOAQUIM SOUZA DA SILVA**
Data do Acidente: **02/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EVERARDO DE SOUSA LEITE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180254039**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASE

CPF da Vítima

011.300.763-93

Nome completo de vítima

Joaquim Soárez da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Joaquim Soárez da Silva	011.300.763-93	Mutonomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Brás Lopes	04	
Bairro	Cidade	Estado
OSSIAN ARARIPE	BRASÍLIA	CEANA
Email	CEP	
	63100-000	
	Telefone (DDD)	
	83992713730	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	D/V
0684	03	103902
(Informar dígito se existir)		

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	Nº

AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	D/V
(Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECEBEMOS

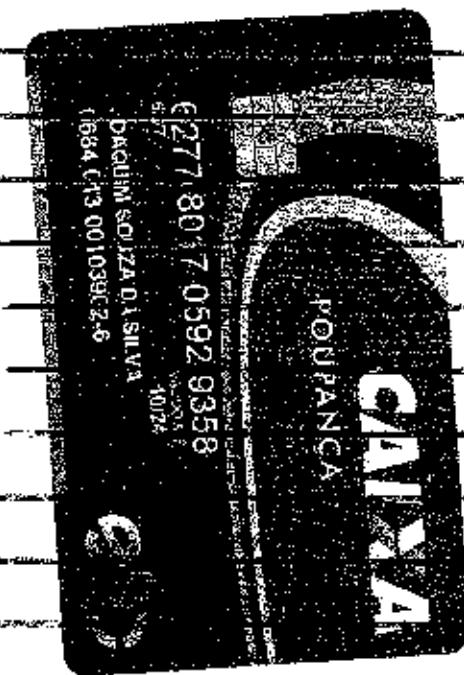
Brasília 26 de MAIO de 2018

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Joaquim Soárez da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

¹ 《宋史》卷一百一十五，列傳第十五，「王安石」條。

Outline of Geomorphology

• 100 •

“我就是想让你知道，你不是唯一一个被选中的人。”

中華人民共和國農業部農業科學院植物保護研究所編《中國農業科學》

Federação de Operações: Atividade Técnica (ver o link [www.fedor.org.br/atividades/federao-de-operaes](#))

www.ijerph.com

卷之三

Sistema de Refinación

Mechanisms of Cytotoxicity

中国科学院植物研究所植物学大系网 www.mib.ac.cn

1936年1月1日
新嘉坡
新嘉坡

1949 年 10 月 1 日開國大典

（註）此處指的不是「新舊」，而是「新舊」的「新舊」。

1990-1991 学年第二学期 期中考试卷

VERO YONQUEZ SA SALVA

在這裏，我們可以說，我們的社會主義者是沒有錯的。他們說：「我們的社會主義者是沒有錯的。」

1980-1981 學年上學期

Page 4 of 4

19. *What is the best way to handle a difficult customer?*

RECEBEMOS

DA JUN 2018

Maria Gecheide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Afirmou e noticiante envolveu-se das operações de reatoressamento e denunciou detalhes que no dia, nesse local houve prisão clandestina realizada no bairro São Francisco na cidade do Rioce-CE, para soltar um suspeito de violência na cidade de Juazeiro do Norte-CE, momento em que deslocou-se para seu bairro, que é o incidente trouxe a falecida daquela se tivesse sequestra, que na Ficha de Aprendizado Arquivado nº 407433 não consta que o noticiante fosse vítima de violência de trânsito, ficando assim impossível de realizar a troca de informações de quem era o agente da暴行. visto que é necessário inserir como requisitos para tal documento sua constatação. tendo um desses informar a probabilidade de ocorrência médica que o noticiante fosse vítima de "incidente de trânsito", que verda-se previsivelmente, então passaram a Defensoria Pública, com o que seu nome e endereço permanecem para que a instituição possa localizar, tanto no bairro São Francisco, realizando as procuras necessárias um decretivo que liberte o noticiante que faleceu devido ao incidente de trânsito, e para mais levando em conta por encerrado o processo de falecimento.

ESTE DOCUMENTO ESTÁ DIRIGIDO A LOS PUEBLOS DE VENEZUELA Y SUS GOBIERNOS

Digitized by srujanika@gmail.com

2015年1月1日开始执行的《中华人民共和国反家庭暴力法》规定，家庭成员以外共同生活的人之间实施的暴力行为，也属于家庭暴力。

Leptoleia — *Convolvulus* — *Crocosmia*

卷之三



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221205 (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 <i>JOAQUIM SOUZA DA SILVA</i>	CPF da Vítima <i>01.300.763-93</i>	Data do Acidente <i>02.12.2017</i>
--	---------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>31992213730</i>

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento 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.

RECEBEMOS

01 JUN 2018

Conselho 26 de MAIO de 2018
Local e Data

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Jorge Souza da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 02/12/2017 12:27

N. Atendimento...: 457433 Convênio.: BPA SOS
Data Atendimento: 02/12/2017 Hora: 12:04 Matrícula: 162202966220001
Médico Responsável: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepção: JARLIANE Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Setor Atend.: CONSULTÓRIO Serviço: CONSULTA

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA Pront: 22807
Dta Nasc.: 10/08/1986 - 31 Anos - Sexo: MASCULINO Est. Civil: SOLTEIRO RG: 200103405727
Endereço.: RUA RECIFE 4 CASA
Cep.....: 63132070 Bairro: OSSIAN BRARIPE Municipio: CRATO
Estado...: CE Resp.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Fone: 889880950723523331

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Artrite distal

CONDUTA

Mais

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftálmico. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

 RAIO-X ULTRASSOM ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Olhar ruca nos dedos

DIAGNÓSTICO

Os dedos mal erg

PROCEDIMENTO

RECEBEMOS

EXAMES

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DATA DO ATENDIMENTO

04 JUN 2018

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO PERREIRA FLORES
CRM: 007304 CEP: 60357740300

Paciente / Responsável



Esta é a segunda via de

MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entra em contato conosco

Nº DO CLIENTE: **3475513**

6

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR (R\$)

ENERGIA CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

MULTA MORATÓRIA

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES (R\$ 0,43)

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **524316680**
Companhia Energetica Ceareá
Rua Pedro Velho, 150 | CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ: 07.017.261/0001-20 | CGF: 08.105.842-8

Autorização para uso de energia eólica
Tributada para Ceará 10.436 de
26 de abril de 2018

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 011000 06 016600

Nome: MATILDES DE SOUZA DA SILVA

Endereço Postal:

Medidor:

23050180

Posto:

0000 ABON

End. da Unidade: RU BRAS LOPES 00004 OSSIAN ARARIPE CRATO 63100000
Consumidora:

RG / CPF / CNPJ: 719.208.703-34

CGF:

Classe: 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência: 0

INFORMAÇÕES SÓBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Litura Atual: Litura Anterior: Consciência: Consumo (kWh): Consumo Int.: Consumo Faturado:

FP

12122

12002

1

120

0

120

DESCRICAÇÃO DA CONTA: Quantidade: Tarifa: Valor (R\$):

120

0,70590

84,70

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:

Apresentação:

08/05/2018

Prev. Próxima

Litura:

08/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F680.2264.130D.EB2A.AAF2.3D30.A4CZ.FEB3

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
84,70	27%	22,86

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	31,90
TRANSMISSÃO	3,40
DISTRIBUIÇÃO	18,28
ENCARGOS SETORIAIS	4,87
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	26,35

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

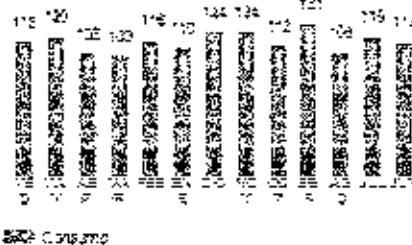
Veja a legenda no verso da fatura. CM: 23,18

Conjunto: CRATO

Mês: MAR/ 2018

DÍC (h)	Padrão Individual		Ajustado Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	10,38	20,77	0,00	0,14	0,00	
3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00	
2,94			0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO₂ (kg/kWh)

Compromisso suas emissões pelo consumo da energia elétrica.

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

0,36 0,36 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O PAGAMENTO

autenticação online cliente

Nº do Cliente: **3475513-6** N° da Nota Fiscal: **524316680** Total a Pagar (R\$): **91,63**
Data de Emissão: **26/05/2018** Referência: **MAI/2018** N° de Controle:

RECEBEMOS

04 JUN 2018

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

SOCIEDADE ANÔNIMA DE ÁGUA E ESGOTO DO CRATO CONTA D'ÁGUA
Av. Teodófilo Tolles, nº 30 - Centro
Crato - Ceará - CEP: 63.100-181
Fone: (88) 3523-2044 - C.N.P.J.: 97.172.885/0001-55
pudividoria@saacecrato.com.br

Impresso il: 04/05/2016 10:15:34

RECEBEREMOS

04 JUN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP³ 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**.

⁴ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

⁵ 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 Everardo de Sousa LG/2C inscrito (a) no CPF 346.395.782, 34
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joaquim Souza da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 011.300.763.93, do sinistro de DPVAT cobertura INVACI/2 da Vítima
Joaquim Souza da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.300.763.93, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Récuso 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 Manoel Almeida</u>		Número	Complemento	
Bairro	<u>Zacarias Gonçalves</u>	Cidade	<u>Crato</u>	Estado	<u>CEP</u> <u>63110130</u>
Email	<u>EVERARDO2008@Hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>88972713732</u>	<u>88996174242</u>	

Crato 26 de MAIO de 2018

Local e Data

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Assinatura do Declarante

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Sônia da Silva Nunes,
RG nº 96029073027, data de expedição 27/04/2010,
Órgão SSP, portador do CPF nº 773.202.103-25, com
domicílio na cidade de CRAIO, no Estado de
CERNAH, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bruna Lopes, nº 08,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Geraldo da Silva, cujo o condutor era
José Geraldo da Silva.

Veículo: MOTOCICLO/INHO FABRIC.

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: HYF 1234

Chassi: 9CZ3C30707E186490

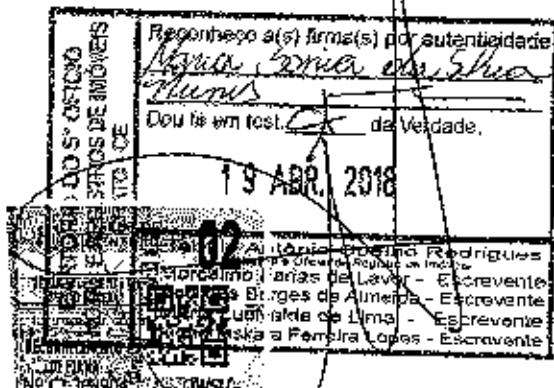
Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: Craio 19/04/2018

Código 5º Ofício
Crato - CE

Maria Sônia da Silva Nunes
Assinatura do Declarante

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



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 02/12/2017 12:27

N. Atendimento...: 457433 Convênio.: BPA SOS
Data Atendimento: 02/12/2017 Hora: 12:04 Matrícula: 162202966220001
Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepção: JARLIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA Pront: 22807
Dta Nasc.: 10/08/1986 - 31 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO RG: 200103405727
Endereço.: RUA RECIFE 4 CASA
Cep.....: 63132070 Bairro: OSSIAN BRARIPE Municipio: CRATO
Estado...: CE Resp.: JOAQUIM SOUZA DA SILVA
Fone: 889880950723523331

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Artrite distal

CONDUTA

Mais

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftálmico. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

 RAIO-X ULTRASSQNM ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Olhar ruca nos dedos

DIAGNÓSTICO

Os dedos mal erg

PROCEDIMENTO

RECEBEMOS

EXAMES

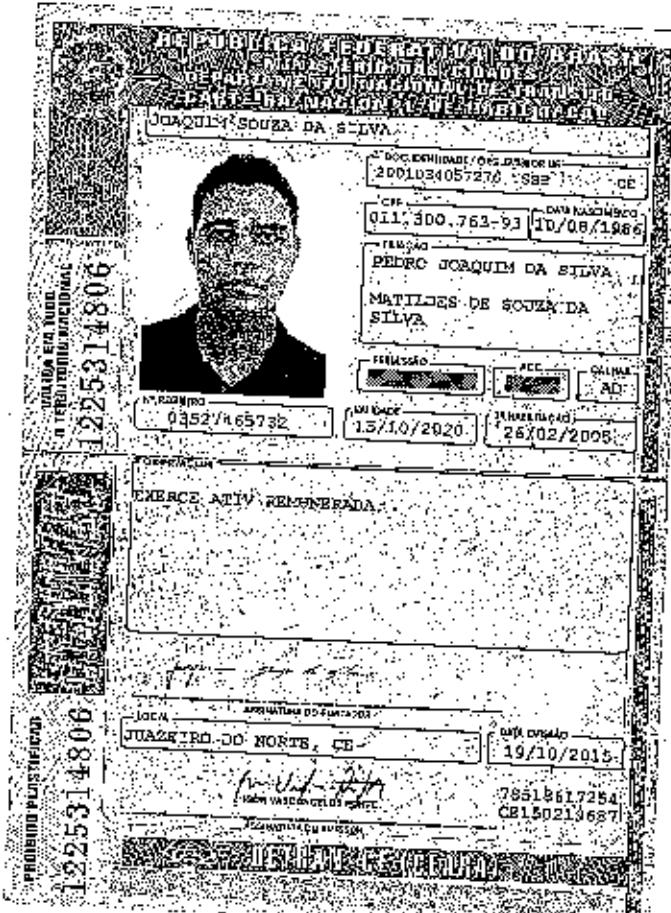
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

DATA DO ATENDIMENTO

04 JUN 2018

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO PERREIRA FLORES
CRM: 007304 CEP: 60357740300

Paciente / Responsável



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

04 JUN 2018

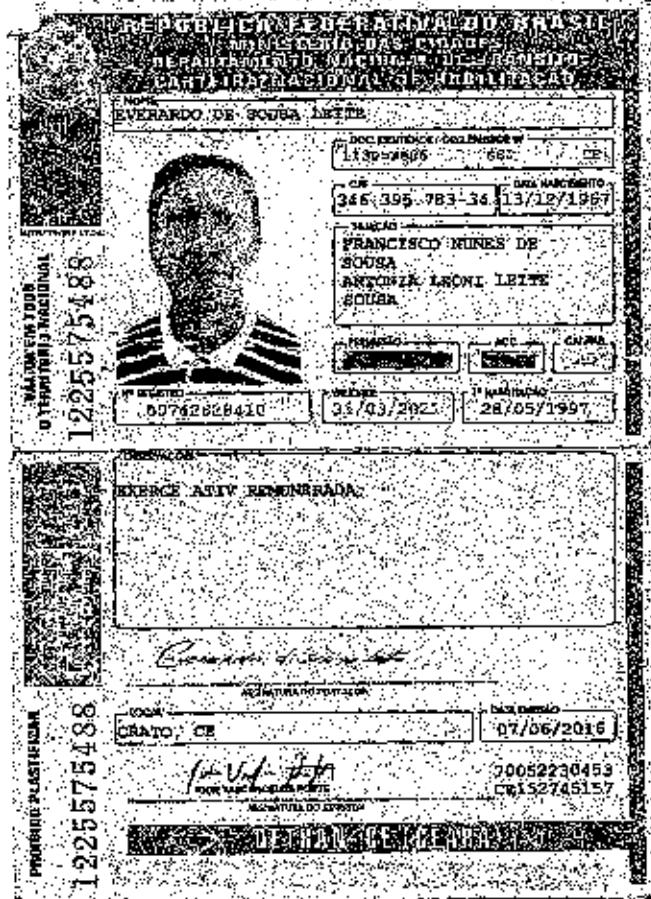
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

REPROVADO CERTIFICADO DE REGISTRO
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

BETRAN - CE N° 013400704120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - H.N.T.R.C. - EXERCÍCIO:
PPT 01 00929853245 0000000000 2017

NOME: MARIA SORITA DA SILVA NUNES
ENDERECO: CRATO
CPF/CNPJ: 77320310325 PLACA: HYI1234/CE
PLACA ANT./UP: CHASSI: 9C2JC30207R196490

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCHA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO PAD: 2007 ANO VUD: 2007

CAP / POT / CIL: 25/00V/1240C CATEGORIA: PARTIC COR PRIMORDIANTE: PRETA

DATA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTA: 1^a
P - FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 20^a
V - FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 34^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IGF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
81,29 9,03 90,33 09/06/2017

OBSERVAÇÕES:

LOCA: DATA: 09/06/2017

Igor Ponte
Superintendente BETRAN/CE

CE N° 013400704120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO:
2017 09/06/2017

VIA - COD/ CNPJ - PLACA:
01 77320310325 HYI1234

RENAVAM - MARCA / MODELO:
00929853245 HONDA/CG 125 FAN

ANO HAB. - CAT/INF. - N° CHASSI:
2007 1.09 9C2JC30207R196490

PRÉMIO TARIFÁRIO
DENATRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
4,15 0,17 18,05,5

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IGF (R\$) - DATA DE EMISSÃO (R\$)
81,29 9,03 90,33 09/06/2017

PAGAMENTO: X DATA DE QUITAGEM: 09/06/2017
PARCELADO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.248.606/0001-04

MOTOR: 1030E77198490 IGF: 02297
CÓD. RENAVAM: 00929853245
134364 02593

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
Assinatura: 02297
HYI1234

RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

REPROVADO CERTIFICADO DE REGISTRO
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

BETRAN - CE N° 013400704120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - H.N.T.R.C. - EXERCÍCIO:
PPT 01 00929853245 0000000000 2017

NOME: MARIA SORITA DA SILVA NUNES
ENDERECO: CRATO
CPF/CNPJ: 77320310325 PLACA: HYI1234/CE
PLACA ANT./UP: CHASSI: 9C2JC30207R196490

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCHA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO PAD: 2007 ANO VUD: 2007

CAP / POT / CIL: 25/00V/1240C CATEGORIA: PARTIC COR PRIMORDIANTE: PRETA

DATA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. COTAS: 1º
P - FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º
V - PARCELAMENTO / COTAS: 3º
A - PARCELAMENTO / COTAS: 4º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IGF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
81,29 9,03 90,33 09/06/2017

OBSERVAÇÕES:

LOCA: DATA: 09/06/2017

Igor Ponte
Superintendente BETRAN/CE

CE N° 013400704120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO -
2017 09/06/2017

VIA - COD/ CNPJ - PLACA:
01 77320310325 HYI1234

RENAVAM - MARCA / MODELO:
00929853245 HONDA/CG 125 FAN

ANO HAB. - CAT/INF. - Nº CHASSI:
2007 1.09 9C2JC30207R196490

PRÉMIO TARIFÁRIO
DENATRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
4,15 0,17 180,50

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IGF (R\$) - DATA DE EMISSÃO (R\$)
81,29 9,03 09/06/2017

PAGAMENTO: X DATA DE QUITAGEM: 09/06/2017
PARCELADO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.248.606/0001-04

MOTOR: 1030E77198490 02297

CRONO: 02297
HYI1234
CÓD. RENAVAM: 00929853245
134364 02593

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

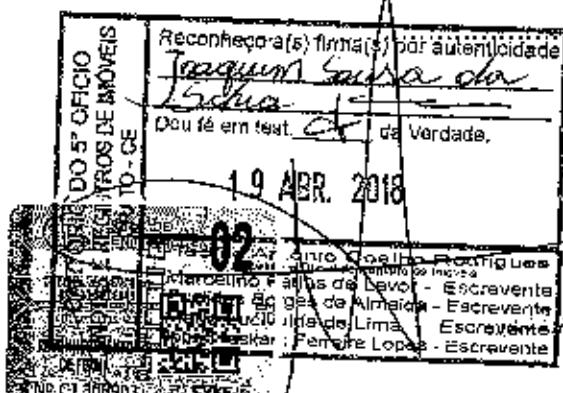
PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAQUIM SOUSA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua 1292 LOPES, nº 04, bairro OSSIAN APARYPE, Município de CRATO, Estado de(o) CEARA, Cep. 63100-000, portador(a) do RG nº 2001834057276, SSP/CE e CPF nº 011.300.763-93.

Outorgado: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro (a), estado civil, Casado, profissão- Autônomo, residente e domiciliado à Rua Mauricio Almeida, nº 26, bairro Zacarias Gonçalves, Município de Crato, Estado do Ceará Cep.: 63110130, portador do RG nº 1130536-86 SSP/ CE e CPF nº 34639578334

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOAQUIM SOUSA DA SILVA, ocorrido em 02/12/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Crato, 26 de maio de 2018.
Outorgante
CPF
011.300.763-93
Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira RECEBEMOS

04 JUN 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06