
Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11242308

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17

Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Data Acidente: 19/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11242314

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17

Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Data Acidente: 19/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2017

Carta nº: 11398996

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro: 3170354677 ASL-0250251/17
Vítima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta n°: 11435905

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170354677 ASL-0250251/17

Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Data Acidente: 19/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

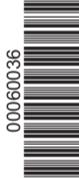
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta n°: 11644543

A/C: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Sinistro: 3170354677 ASL-0250251/17
Vitima: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004380-X

Conta: 000010005868-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

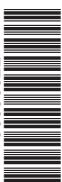
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Hidetônio Alves de MeloPORTADOR(A) DO RG Nº 95029190010-2 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 02/02/2014CPF 330144003-00 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO funcionário

E RENDA MENSAL DE R\$ Novo R\$. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Hidetônio Alves de Melo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados não devem ser informados ou apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou cargo funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Económica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta bancária com comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários (informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança).

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 43.30-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 5.868-3

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

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

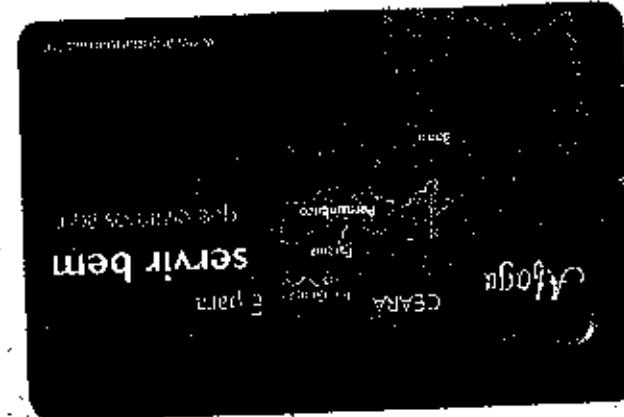
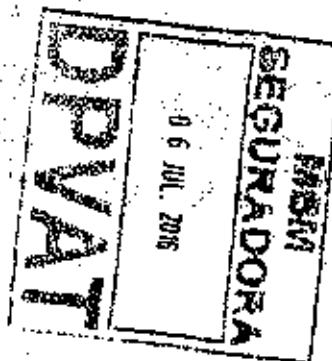
Nota Digitalizada de 24 de Maior de 2016
LOCAÇÃO DATA:

José Hidetônio Alves de Melo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvasegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



É COM O CORAÇÃO QUE A NOSSA FAMÍLIA VÊ VOCÊ

Contrato: 92321 Filial: NOVA OLINDA Cartão: 144722

Nome: Albertina Correia de Lima Silva
Matheus Henrly Alves de Mota
Maria Zélia Correia de Meneses
Maria Lady-Jane Alves de Meneses
José Hidônio Alves de Meneses
Antônio Alves de Meneses
Gabriella Moreira Meneses de Lima
Isabelli do Lima Gordo

Antônio Correia de Meneses
Francisco Hugo Alves da Meneses
Walter Moreira de Lima

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Este cartão tem validade de 12 meses.
Em caso de extravio, pertece de roubo, comunique imediatamente.
O credor não é responsável pelo seu uso.
(80) 3846-4414
Vencimento 30/03/2017

atendimento@unipodeguarda.com



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Operação do imóvel no seu nome

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Hidilano Alves de MenezesPORTADOR(A) DO RG N° 9.502.241.966-16.EXPEDIDO POR SEP-UFEM 02/02/1999

CPF 820.044.003-00 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Hidilano Alves de Menezes. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da apresentação da abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4380-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5868-8

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

20/02/2017, 14 de fevereiro

de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA REGIONAL DE CRATO

57920-1

Protocolo de Ocorrência

POO-1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 3698 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: 12/05/2016 15:35:49

Data / Hora da Ocorrência: 19/03/2016 19:30:00

Endereço da Ocorrência: AVENIDA TOMAS OSERNES DE ALENCAR

Complemento:

Bairro:

Município: CRATO/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Nascimento: 25/06/1979 CPF: 820.144.003-00

RG: Orgão Emissor:

Filiação: ANTONIA ALVES DE MENEZES
ANTONIO CORREIA DE MENEZES

Endereço: RUA SÃO JOSÉ, 8

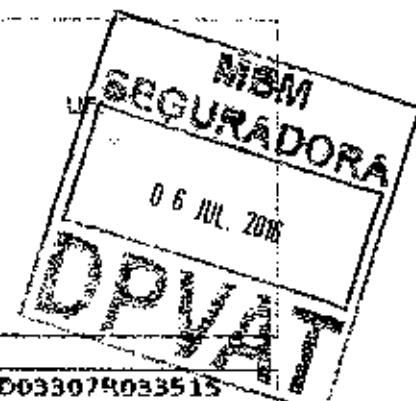
Bairro: FRANCY TELES

CEP:

Município: NOVA OLINDA/CE

País: BRASIL

Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HYH-6182 UF: CE Município: NOVA OLINDA Chassi: 9E2KD033074033515

Renavam: 915757303 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo:

HONDA/NXR150 Bros ES Ano Fabricação: 2007 Ano Modelo: 2007 Combustível:

GASOLINA cor: PRETA Proprietário: HELIO LACERDA ALVES Situação: NÃO

INFORMADO Envolvimento: FICHAISAO

Histórico

ADVERTIDO(A) das penas previstas nos arts. 171, 298, 339 e 340, todos do CPB, DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA BROS 150 DE COR PRETA E PLACA HYH-6182 QUANDO, NO ENDEREÇO SUPRA, UM AUTOMÓVEL DE COR AZUL CRUZOU A PREFERENCIAL E AMBOS COLIDIARAM; QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES DE "VILMA" (CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO) AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O TERMO DE ATENDIMENTO ACOSTADO AO SO; QUE, POR FIM, REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO . F
nada mais, encerrou-se o presente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: (CRD) *[Signature]*

CICERA GRANGEIRO DOS SANTOS PEREIRA - MAT.º 198413-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Signature]*

VISTO DO DELEGADO(A):

GUILIANO VIEIRA SENA - MAT.º 198413-1-6

AUTENTICAÇÃO

Presente Cópia confere com o original, feita em 14 MAR 2016
Nova Olinda - CE

DIRETORIA REGIONAL DE CRATO

Int. *[Signature]* de *[Signature]*

- () José Augusto Ferreira de Souza - Titular Intendente
- () Ana Teles da Lacerda Ferreira - Subintendente
- () Ana Henanilza Teles Ferreira - Subintendente

Pág. 1 de 6

Impresso em 12/05/2016 às 10:51:17



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

529201
 Boletim de Ocorrência
 000017
 000018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 449 - 3696 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **12/05/2016 15:35:49**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2016 19:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA TOMAS OSERNES DE ALENCAR**
 Complemento:
 Bairro: **CRATO/CÉ**
 Município: **CRATO/CÉ**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES**
 Nascimento: **25/06/1979** CPF: **820.144.003-00**
 P.G.:
 Orgão Emissor:
 Filiação: **ANTONIA ALVES DE MENEZES**
ANTONIO CORREIA DE MENEZES
 Endereço: **RUA SÃO JOSÉ, 8**
 Bairro: **FRANCY TELES** CEP:
 Município: **NOVA OLINDA/CÉ**
 País: **BRASIL**
 Telefone:



Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYH6182** UF: **CE** Município: **NOVA OLINDA** Chassi: **9C2KD03307R033515**
 Renavam: **915757303** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo:
HONDA/NXR150 BROS E5 Ano Fabricação: **2007** Ano Modelos: **2007** Combustível:
GASOLINA Cor: **Preta** Proprietário: **HELIO LACERDA ALVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO(A) das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPB, DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA BROS 150 DE COR PRETA E PLACA HYH-6182 QUANDO, NO ENDEREÇO SUPRA, UM AUTOMÓVEL DE COR AZUL CRUZOU A PREFERENCIAL E AMBOS COLIDIARAM; QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES DE "VILMA" (CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO) AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O TERMO DE ATENDIMENTO ACOSTADO AO EO; QUE, POR FIM, REGISTRÁ O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO, E nada mais, encerrou-se o presente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: (20)

CICERA GRANGEIRO DE SANTOS VIEIRA - MAT.: 10621X-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: (José Hidelanio Alves de Menezes)

VISTO DO DELEGADO(A):

GUILIANO VIEIRA SENA - MAT.: 198413-1-6

AUTENTICAÇÃO

Presente Cópia certa copiada em 05/05/2016

Crato - CE

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

(Assinatura)

(Assinatura)

✓ José Andrade Ferreira da Gama - Titular
 ✓ Ana Paula da Leitura Ferreira - Substituto
 ✓ Luciano Henrique Teixeira Ferreira - Substituto

105
 ARTE

Pág. 1 de 5
 Impresso em: 13/05/2016 11:15

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Helderino Alves da Mota e Silva, portador da carteira de identidade nº 35029110640-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 330.344.003-00, residente e domiciliado na Rua São José, 1538, Frumey Telan, Cidade Belo Horizonte, Estado Minas Gerais, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

José Helderino Alves da Mota e Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Belo Horizonte, 24 de junho de 2016



DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Hidelson Alves da Menezes, portador da carteira de identidade nº 95029190640-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 320.344.003-00, residente e domiciliado na Rua São José, 1108, fronte Teler, Cidade Nova Olinda, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

nova Olinda - ce, 24 de junho de 2016

Local e data



Sao Raimundo

Prova de Ato Electroférico



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nº Atendimento: 352617

Convênio: BPA SUS

Hora Atendimento: 19/03/2016 Hora:19:55

Matrícula: 128968371930001

Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:

Atend. especialista: DIOGO Tipo de Atend.: AMBULATORIAL

Atend.: CONSULTORIO

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Pront: 76633

Nas.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610

Endereço: RUA SAO JOSE 08 CASA

Cep.: 63165000 Bairro:CENTRO

Município: NOVA OLINDA

Estado.: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES

fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura ilíaca Di. n.
(4^o S^o a uterina par)

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurgia [] Obst. [] Pediat. [] Psiquiat. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Raios-X

[] ULTRASSOM

[] Endosc.

06 JUL. 2016

INTÍCIO DO ATENDIMENTO

Trauma tiver

ATENDENTOO

O exame no momento
descrição se o
Diagnóstico - Olhos

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: 19/03/2016

Dr.(a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300

Avisar na hora da Marca

Paciente / Responsável

0669

São
Raimundo

Protocolo de Atendimento Sociedade



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
Fundação Leandro Bezerra da Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Atendimento.: 352617 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:58 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons.: MARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepção.: DIOGO Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Setor Atend.: CONSULTORIO

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====
Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Front: 76633
Data Nasc.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 95029190610
Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA
Número.: 63165000 Bairro: CENTRO Municipio: NOVA OLINDA
Estado.: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES
fone: 99997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura - Mão D. n.
(4º e 5º metacarpos)

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro [] Clínica [] Cirurgia [] Obst. [] Pediatra [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO



06 JUL. 2016

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Raios-X

ULTRASSOM

ELETROESTIMULADOR

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Trauma na mão



DIAGNÓSTICO

Cirurgia de fratura
desfazendo
-> Diagnóstico - Olhar

PROCEDIMENTO

PARMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA LORES
CRM: 007304 CFP: 40357740300

Aqui assinado
Paciente / Responsável

0669

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

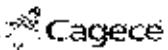
CLIENTE: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04380-X

CONTA: 000010005868-X

Nr. da Autenticação 68793DC7593A2921



Digitized by
Bengal eGangotri
Digitization Center

תנ' יח' ס' 2

Digitized by srujanika@gmail.com

400157

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE ABAIXO AS FATURAS DE SUA
TITULARIDADE. PARA ESTA UNIDADE CONSULTADA, VENDIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS OUTRAS DUTAÇÕES DE PERÍODO.
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGORA TIRARÁS A SAÚDE.

É o terceiro de quatro artigos que abordam questões ambientais e socioeconômicas, resultantes das Agências Reguladoras.



MSM
SEGURADORA

Nº de Inscrição:

34673466

Cagece

GOVERNO
ESTADO DO CEARÁ
Agência de Águas e Esgotos

Comprovante de pagamento

20015-

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE HIDELANIO ALVES DE AGUIARES
 Endereço: RUSTO JOSE & FRANCY FELIS

Local: NOVA GUARDA

Cidade: Fortaleza

UF:

CE

Cep:



Nº de Histórico:
34673466

Cagaceco Companhia
de Águas e Saneamento

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE HIDELARIO ALVIL DE VENZOLIS
Endereço: RUA STO. JOSE, 8, FRANCY FILLES
Cidade: NOVA CLINDA

CEP: 60.105-000

Bairro:

Logradouro:

Número:

Complemento:

UF:

CEP:

Cidade:

Logradouro:

Número:

Complemento:



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular Susep¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

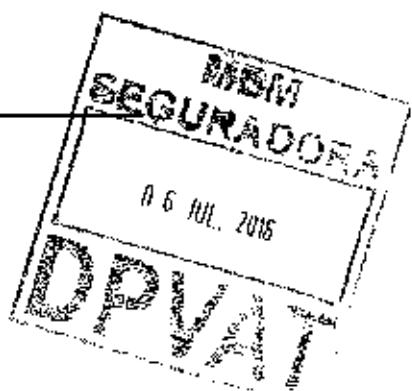
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Albermar Menna, portador(a) do RG nº 0054.844-11, expedido por SSP-CE, em 05/03/91, CPF/CNPJ nº 339.407.654-39, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Zóce Aldebaran Alves de Menezes do sinistro de DPVAT da natureza Linha da vítima Zóce Aldebaran Alves de Menezes, e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, Comprovante de residência, Conta de Cheque

Luiz Albermar Menna
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Demonstrativo de Pagamento de Salário

MES/ANO
06/2016

EMPRESA
232 - DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP
CNPJ: 13.389.722/0001-21
End. AV ALTON GOMES 1528

LICENCIAMENTO
Departamento Administrativo

Jucá eira do Norte CEP: 63.020-000

CADASTRO - NOME
83 LUIZ ALBERNAN MOURA

DATA ADMISSÃO
02/05/2012

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS
001	Salário Base	30.00	1.500,00	135,00
302	INSS	9,00		

CONDEIRO
DE FREITAS

Uma família unida
para cuidar da sua.

SALÁRIO BASE	SALÁRIO DOLAR INSS	VALOR IRPF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
1.500,00	1.500,00	0,00	1.500,00	135,00
BASE CALC. FOTS	FPTS OU NEG	BASE CALCUL. IRPF	VALOR LIQUIDO	
1.500,00	120,00	1.500,00	1.365,00	

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: *Albernan Moura*



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Albernum Moura, portador(a) do

RG nº 205431491, expedido por SSP-CE, em

05/03/91, CPF/CNPJ nº 559.467.633-39

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Zéne

Hidelson Alves de Melo do sinistro de DPVAT da natureza Jurado

da vítima Zéne Hicklinia Alves de Melo, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ R\$ 500,00

Documentos comprobatórios: RG, CNH, CTA, Comprov. de residência, Conta - Cheque

Luis Albernum Moura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Demonstrativo de Pagamento de Salário				
EMPRESA 232 DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP CNPJ: 13.389.722/0001-21 End.: AV AILTON GOMES 1628		LOCAL Juazeiro do Norte - CEP: 63.020-000	DATA EMISSÃO 06/2016	
CADASTRO	Nome: 83 LUIZ ALBERNAN MOURA	DATA ADMISSÃO 02/05/2012	ADVOCACIA	
COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS
001	Salário Base	30.00	1.500,00	135,00
302	INSS	9,00		
 CLÉSIO CORDEIRO DE FREITAS <i>Uma família unida para curtir da vida.</i>				
SALÁRIO BRUTO 1.500,00	SLÁRIO CONTRIB. INSS 1.500,00	PAIXA IRPF 0,00	TOTAL DE VENCIMENTOS 1.500,00	TOTAL DE DESCONTOS 135,00
BASE CALC. FÉRIAS 1.500,00	FÉRIAS DO MÊS 120,00	BASE CALCULO IRPF 1.500,00	VALOR LÍQUIDO 1.365,00	
Data: _____ Assinatura: _____				





Declaracão do Proprietário do Veículo

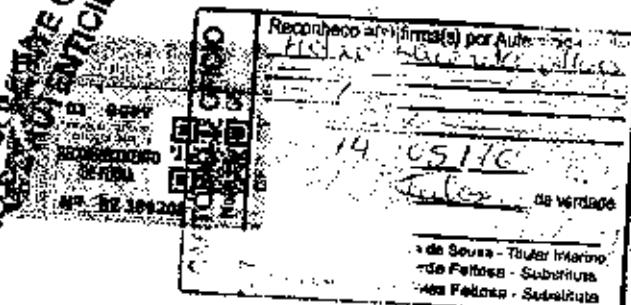
Eu, HEITOR LACERDA ALVES,
RG nº 2000003201100 data de expedição 16/06/2008 Órgão SPICE, portador
do CPF nº 234.307.573-49, com domicílio na cidade de NOVA OLINDA, no
Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO BRASILEIRO, nº 4/N, complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(sera) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima doméstica de nova alves.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2007
Modelo: HDR 04/nXR150 Bros
Placa: HYH 6182
Chassi: 9C2K003307R033 S15
Data do Acidente: 19/03/2016

Local e Data: NOVA OLINDA /14/05/2016

Heitor Lacerda Alves
Assinatura do Declarante

VALIDO OS SELOS ECTATE COMO
PROVIMENTO OFICIAL





São
Raimundo



Med. da
Data
06/03/2016

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

Nº Atendimento...: 352617 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55 Matrícula: 128968371930001
Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:
Recepcionista...: DIOGO Tipo de Atend.: AMBULATORIAL
Pároco Atend....: CONSULTÓRIO

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====
Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront: 76633
Data Nasc.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil:CASADO RG: 95029190610
Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA
Cep.....: 63165000 Bairro:CENTRO Município:NOVA OLINDA
Estado...: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES
Fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

*Fratura ilíaca direita.
(4º e 5º anilares das)*

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Raios-X

ULTRASSOM

ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Trauma lúvio f.

DIAGNÓSTICO

*Cirroto no osso lântano
distal seio do
diáfrago - Ombro f.*

PROCEDIMENTO

- D. Diagnóstico - Ortoped.

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA LORES
CRM: 007304 CPF: 40337740300

Med. da Amarrada Por: S. J. P.

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

26/03/2016 19:58

</



São
Raimundo

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Severo de Menezes

Telefone: 86-3013-5600 | Telefax: 86-3021-9000

Data Inclusão: 04/04/2016 09:33

CLÍNICA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Identificação: 354901

Convênio: RFA 505

Este Atendimento: 04/04/2016 Hora: 09:30

Patrícula: 19886817190001

Médico Responsável: FRANCISCO FERREIRA FILHO Guia:

Delegado: Dr. STEPHANE

Tipo de Atendimento: AMBULATORIAL

Referência: COMPUTADOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE HUORLANIO ALVES DE MENEZES Pront: 76638
 Idade: 55 | Gênero: Masculino | Estado Civil: Casado RG: 56020181610
 Endereço: RUA SÃO JOSÉ 66 CASA Número: NOVA GLÓRIA
 Cep.: 58.000 Bairro: CENTRO Município: NOVA GLÓRIA
 Telefone: (86) 3021-9000 | Celular: (86) 9881-9000

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Febre alta

CONDUITA

Atividades

Nº DE ATENDIMENTOS

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[Prescr.] [Ambul.] [Intern.] [Outro]

[Clínica] [Cirurgia] [Obst.] [Endosc.] [Fisioter.] [Outro]

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAIOS X

ULTRASOM

ENDOSCOPIA

Motivo do atendimento

Febre alta

Diagnóstico:

Febre alta

Procedimento:



Pré-Atendimento:

Data de atendimento:

Doutor: FRANCISCO FERREIRA FILHO
 C.R.C: 19720 | C.G.S: 40257910300

Francisco Ferreira Filho
 Paciente / Responsável



São
Raimundo



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 04/04/2016 09:33

N. Atendimento...: 354901

Convênio.: BPA SUS

Data Atendimento: 04/04/2016 Hora:09:32

Matrícula: 128968371930001

Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia.:

Recepção...: CRISTIANE

Tipo de Atend...: AMBULATORIAL

Setor Atend....: CONSULTORIO

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES Pront: 76633

Dta Nasç.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil:CASADO RG: 95029190610

Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA

Cep.....: 63165000 Bairro:CENTRO Municipio:NOVA OLINDA

Estado...: CE Resp...: HELIO LACERDA ALVES

Fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

*Flatula, flato, díz.
(diz de carros)*

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurgia [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAIO-X

ULTRASSOM

ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

> C.R.

DIAGNÓSTICO

*Flatula, flato, díz.
(diz de carros)*

PROCEDEMTO

MBM
SEGURADORA

EXAMES

18 OUT 2016

DATA DO ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

*Dr. Narciso Francisco Ferreira Flores
CRM: 007304
CPF: 40357740300*

DPVAT

*X JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES
Paciente / Responsável*



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

MAC 214 11
g-193537
RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Hidelvino Alves

sólido:

Fisioterapia ✓

mês Dez # 25.000,00

RT - Reabilitação

Licença de 25 dias corridos
Intercalado
Intercalado
Endos. c/ Tela personal

02/05/16
Data:

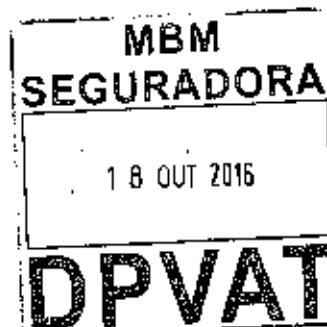
Ao retornar favor trazer esse receituário

Atender os comendos e particulares

Av. Federico Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

0800-4255000

0800-3523.9365 Crato-CE





HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente

encontra-se em tratamento

necessitando de 60 (Sexta) dias de afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

CLD

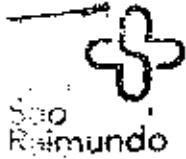
562

Crato-CE,

**MBM
SEGURADORA**

DPVAT

Av Teodoro Teles 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3523-2600



Hospital São Raimundo

0089
19/03/2016

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

Data Emissão: 19/03/2016 19:58

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

N. Atendimento...: 352617

Convênio.: BPA SUS

Data Atendimento: 19/03/2016 Hora: 19:55

Matrícula: 128968371930001

Médico Respons.: MARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia.:

Especialista...: DIOGO

Tipo de Atend.: AMBULATÓRIO

Setor Atend....: CONSULTORIO

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Pront.: 76633

Idade Nasc.: 25/06/1979 36 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 95029190610

Endereço.: RUA SAO JOSE 08 CASA

Cep.....: 63165000 Bairro:CENTRO

Município: NOVA OLINDA

Estado...: CE Resp.: HELIO LACERDA ALVES

Fone: 88997193537

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura tibia e fibula

CONDUTA

(4º Sº e instalação)

ENCAMINHAMENTO

Resid. Ambul. Intern. Outro Clínical Cirurg. Obst. Ped. Oftalmo. Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAIO-X

ULTRASSOM

ENDOSCOPIA

NOTA DO ATENDIMENTO

3 cota tibia e f

DIAGNÓSTICO

Fratura tibial e fibular

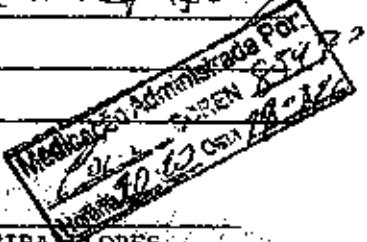
PROCEDIMENTO

3 cota tibial e fibular

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA LORES
CRM: 007304 CPF: 40357740300



2 gelo e riscos tibial.

Paciente / Responsável



0669



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

2402/14 11

92.19353

RECEITUÁRIO

Nome:

José Alcides Alves

Síntese:

Fisioterapia e

mão DRT #2500.

NT = Reabilitação

Lumbar (2x semanal)

Isotermoterapia

Enrol. c/ Tela de ferro

02/05/16

Data:

Ao retornar favor trazer esse receituário. Atendemos concêntricos e particulares

Av. Deodoro Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

0800-9999999

0800-9999999 - 0800-3523.6369 Chave-CE





Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente

encontra-se em tratamento.

necessitando de 60 dias de afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

C.I.D.

562

Crato-CE,

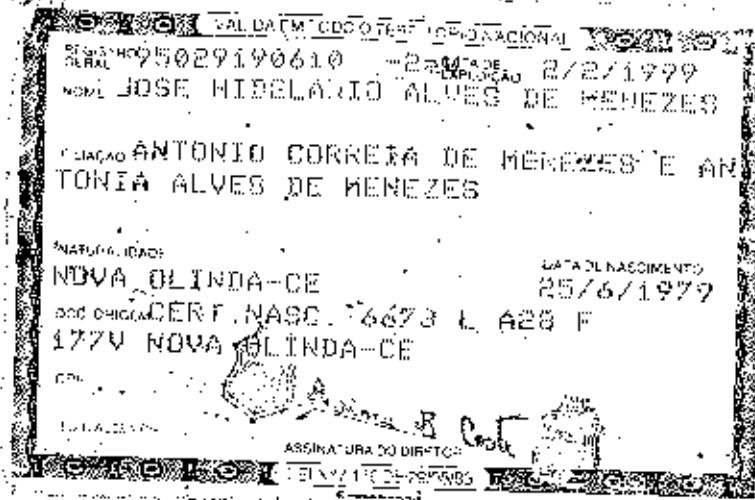
19/3/14

**MBM
SEGURADORA**

18 OUT 2016

DPVAT

Av. Teodoro Teles, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3623.2600
www.mbmseguradora.com.br



MINISTÉRIO DA FAZENDA

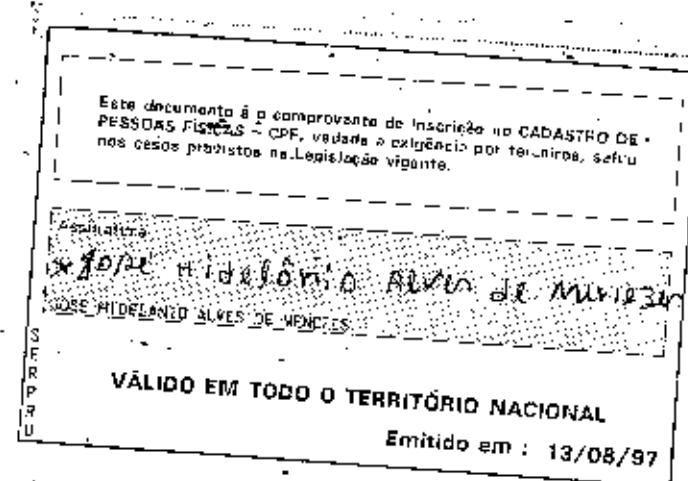
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Nº de Inscrição: 820144003-00

Data do Nascimento: 25/05/79

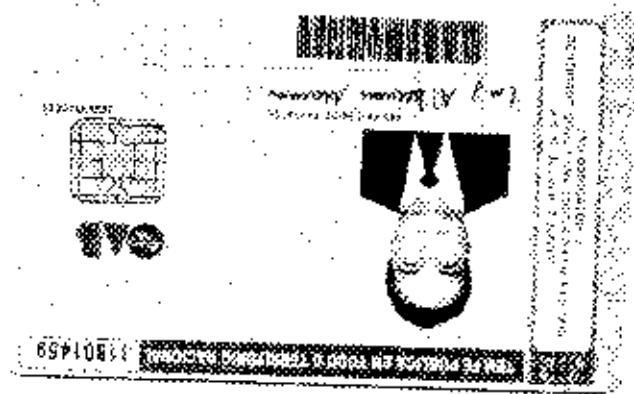




000000000000

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECC. ZEFL DO CEARÁ
IDENT. BASE DE A5009X50CDA
DIAZ ALVES Ribeiro NOURANúmero
18376Nome:
PAULO VILHEM DE MORAES
FRANCISCA RODRIGO NOURA
Endereço:
EST. SARTORIO, 64CEP:
60060972
Fone:
559-427-2233-34Número:
305451AB-289105
Endereço:
RIO BECOLARDOCEP:
61.1500435/1
Fone:
61.3500435/1





प्राचीन भारतीय संस्कृति

95190236

1

MBM
SEGURADORA



Documentos de identificação

TOC121

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 75029190610 - EMISSÃO 12/2/1999 - EXPIRAÇÃO 12/2/1999

NOME: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

RESIDÊNCIA: ANTONIO CORREIA DE MENEZES E ANTONIA ALVES DE MENEZES

NACIONALIDADE: NOVA OLINDA-CE DATA DE NASCIMENTO: 25/6/1979

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 76673 L A26 F

1770 NOVA OLINDA-CE

CPF: 820144003-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA Nº 116 DE 29/06/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

Nº de Inscrição: 820144003-00

Data da Nascimeto: 25/06/79

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS e CPF, vedado a exigência por leis e regras, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura:

X JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

JOSE HIDELANIO ALVES DE MENEZES

S E R P R

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 13/08/97



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nº 104
M. ALBERNAN MOURA

MUNICÍPIO:
RAIMONDO NUNES DE MOURA
ESTADO: CEARÁ - ROLCÃO MOURA

MUNICÍPIO:

ALTO SANTO-CE

CEP:

26340-461 - SSP/CE

DATA DE EMISSÃO DA IDENT.

01/01/2004

DATA DE EXPIRAÇÃO DA IDENT.

01/01/2007

RG DECLARADO

Nº DE INSCRIÇÃO:

04931972

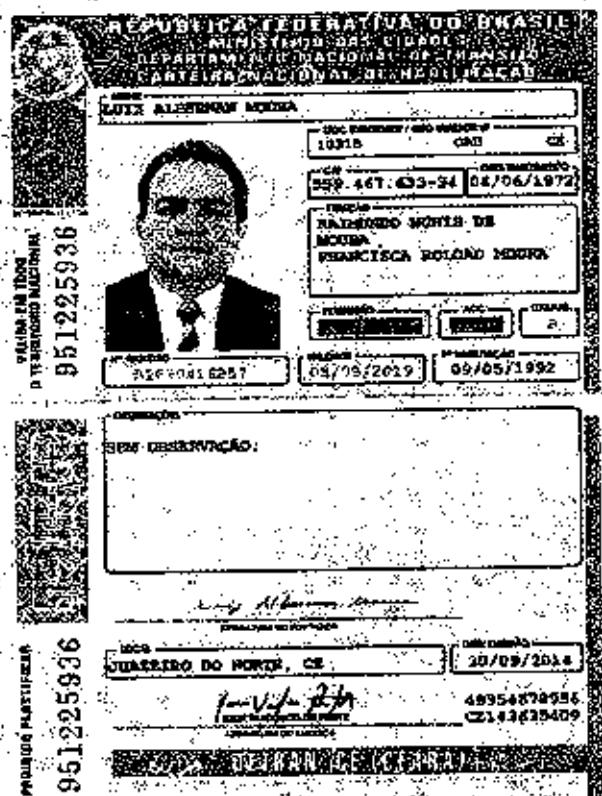
SSR: 027.833-34

CPF: 000.000.000-00

01 ZS0001074







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.NTR.C. EXERCÍCIO:
PPT 01 00915757303 0000000000 2016

NOME: HELIO LACERDA ALVES

END.: NOVA OLINDA / CE

CPF / CNPJ: 85430757349 PLACA: HYH6182/CE

PLACA ANTO/UF: ACE CHASSI: 9C2KD03307R033515

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 19/04/2016

VIA CÓD. RENAVAM R.NTR.C. EXERCÍCIO:
01 00915757303 0000000000 2016

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BRDS ES

ANO PAB.: 2007 ANO MOD.: 2007

CAP / POT / CIL.: 2P / 0CV / 149CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VEN. COTA UNICA: VEN. COTA:

I PAIXAL/PVA: VEN. / VEN. / VEN.

P PARCELAMENTO / COTAS: 2 VEN. / VEN. / VEN.

V A

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

129,04 14,34 143,38 19/04/2016

DISTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) 10% A SER PAGO AO SEGURO (R\$)

4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DEQUITAÇÃO: 19/04/2016

LOCAL: NOVA OLINDA

DATA: 19/04/2016

Log. Postal: Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 012460515490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 19/04/2016

VIA CÓD. RENAVAM R.NTR.C. EXERCÍCIO:
01 00915757303 0000000000 2016

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BRDS ES

ANO PAB.: 2007 CAT. TIRF.: 09 CHASSI: 9C2KD03307R033515

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) DUSTO DO SEGURO (R\$)

129,04 14,34 143,38

DUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) 10% A SER PAGO AO SEGURO (R\$)

4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DEQUITAÇÃO: 19/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KID03E37033515 01563

CÓD. RENAVAM: 00915757303 03006 01134

012460515490
RECIBO CE Nº

DE _____

ASIGNATURA _____

DE _____

LÍDER

06/04/2016

SEGURO
LÍDER

CONTRATO

DE VENDEM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIRCUITOS

DETRAN - CE N° 012460515490
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PLACA EXERCÍCIO
PPT 01 00915757303 0000000000 2016

NOME HELIO LACERDA ALVES

NOVA OLINDA /CE

CPF/CNPJ 85430757349

PLACA HYH6182/CE

PLACA ANT/UF /CE

CHASSI /CE

CATEGORIA 2P/OCV/149CC

CATEGORIA I/PARTIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 Bros ES

ANO FAB. 2007 ANO MODELO 2007-2007

DATA DE PAGAMENTO 15/04/2016

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04

IPF (R\$) 14,34

PRÉMIO TOTAL (R\$) 143,38

DATA DE VENCIMENTO 15/04/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL NOVA OLINDA

DATA 15/04/2016

Assinatura do Superintendente DETRAN-CE

E DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE N° 012460515490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 19/04/2016

VIA COD. RENAVAM PLACA
01 00915757303 HYH6182

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 Bros ES

ANO FAB. 2007 ANO MODELO 09 CHASSI

902KD03307R053515

PRÉMIO TARIFÁRIO

R\$ 129,04 DETRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

IPF (R\$) 4,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,11 TOTAL DO PREÇO RECIBIDO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE OUTRACAO
COTA ÚNICA 13/04/2016

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.948.869/0001-44

www.seguradoralider.com.br

MOTOR N° KDO3E37033515

01563

012460515490
RECIBO CE N°

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.



01563
HYH6182
COD. RENAVAM
00915757303
B3006 01134

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170354677

Cidade: Crato

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE HIDELANIO ALVES DE
MENEZES

Data do acidente: 19/03/2016

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VITÓRIA E PROTEÇÃO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 4º e 5º metacarpo da mão direita.

Descrição do exame: Bloqueio das articulações metacarpo falangeanas levando a perda parcial da força e amplitude de movimento da mão direita.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com immobilização do segmento afetado (aparelho gessado em mão direita por 60 dias), complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Bloqueio das articulações metacarpo falangeanas da mão direita.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/09/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



MBM
SEGURADORA

16 JUN 2017

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender

LUIZ FERNAN MOURA

ENDERECO / ADDRESS

R. STA LUCIA, 1777 - SAO MIGUEL

CEP / Zip

63459010

CIDADE / CITY

FLUZ DO NORTE

UF / State

PAÍS / Country

BRASIL

TELEFONE / Phone number
(88) 8855 8573

DEVOLUÇÃO / Return

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se para o | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Recusado receber | <input type="checkbox"/> Endereço |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Não exis- |
| <input type="checkbox"/> Não procurado | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Ausente | |

Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1^o _____ to 2^o _____ to 3^o _____ to

- Informação prestada pelo porteiro ou
Information provided by the doorman or his
 Reintegrado ao serviço postal em
Reintegrated to postal service

Data: _____ Assinatura:
Data: _____ Signature:

765000717



DESTINATÁRIO / Recipient

MBM-FILIAL/RJ - RUA ALVAREZ ALVIM, 21 - 3º ANDAR

TELEFONE/Phone number

ENDEREÇO/Address

DEPARTAMENTO DPVAT - CENTRO RIO DE JANEIRO - AC/VERA CATALDO

CIDADE/City

CEP
Zip

20031-010

RIO DE JANEIRO

UF/State

RJ

PAÍS/Country

BRAZIL



ETIQUETA OU CARIMBO MP

MBM
SEGURADORA

1-6-JUL-2017

DPVAT/RJ

REMETENTE:

CORDEIRO E FREITAS LTDA(ALBERNAN MOURA)

AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE

DEVOLUÇÃO /

- Mudou-se
- Recusado
- Desconhecido
- Não procurado
- Ausente pessoa

Remetente da encomenda

- Informação e
informações pr
- Reintegro do
reembolso ou



18



DESTINATÁRIO:

Correios

MBM- FILIAL RJ

ENDEREÇO: RUA ALVARO ALVIN, Nº 21

3º ANDAR- RIO DE JANEIRO/RJ

CEP: 20031-010

A/C: VERA CATALDO

TELEFONE/Phone number

PAÍS/Country



REMETENTE: Correios

CORDEIRO E FREITAS LTDA (ALBERNAN MOURA)

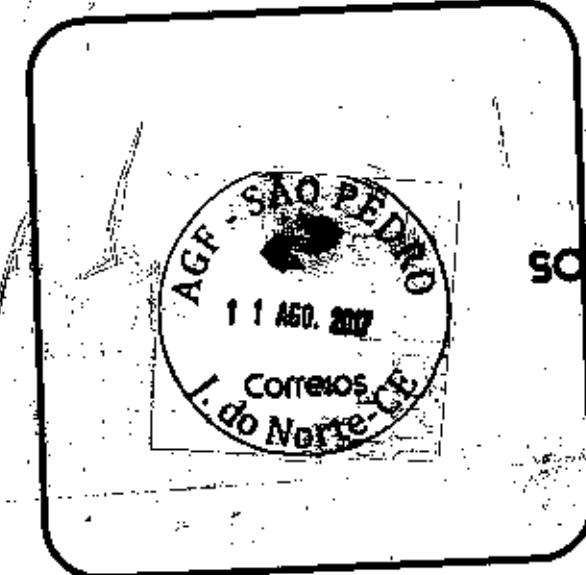
AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR-SALA 101

BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

JUAZEIRO DO NORTE





DESTINATÁRIO:

MBM- FILIAL RJ

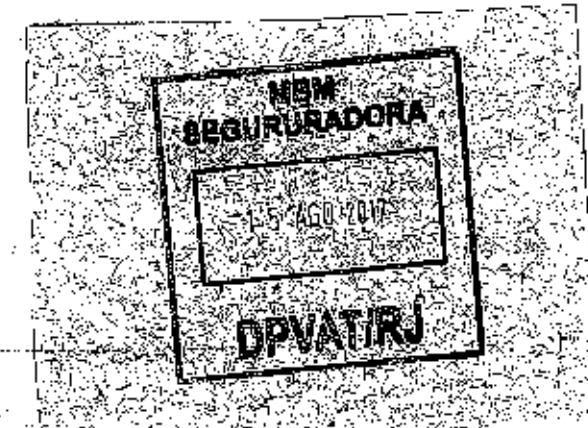
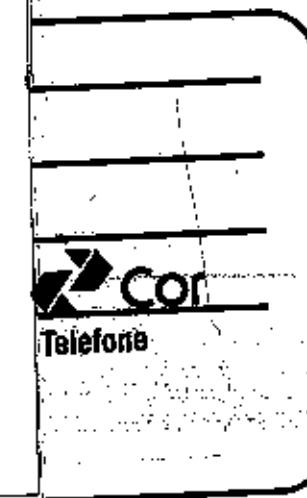
ENDEREÇO: RUA ALVARO ALVIN, Nº 21

3º ANDAR- RIO DE JANEIRO/RJ

Correios

CEP: 20031-010

Correios
A/C: VERA CATALDO





PROCURAÇÃO FABRICADA

Assunto: José Hidelanio Alves de Menezes
Brasiliense Casado

Atend. com. de julho II

95029190610 820.144.003-00

R. São José, nº 08 Bairro Trancó Teles

Outorgante:

Luiz Albermarin Moreira

Brasiliense

Casado

Advogado

20548491

559.467.633-34

R. São Lourenço, nº 1777 Bairro São Miguel

Pelo Projeto de Procuração Relatado em Número 07 autorizo e designo o seu procurador, para representar-me perante a MCM SEGUROADORA, a fim de receber e encaminhar os valores devidos ao meu favor, referentes ao seguro Obrigatório - DPVAT, no valor de R\$ 1.417,00, que terá direito ao pagamento, Crédito de Indemnização de Sinistros UF 147, a cada terceiro direito, pelo qual é devido resgate ao qual necessidade fere resguardar a indenização total, das quais, em nome da vítima José Hidelanio Alves de Menezes

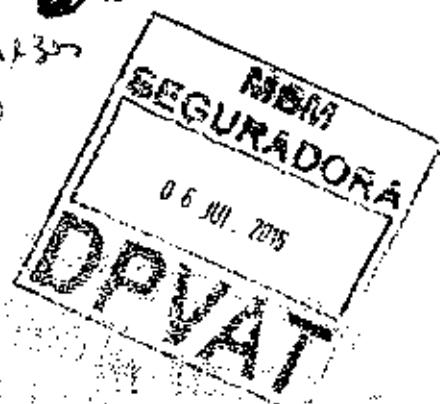
Nova alinda 21 de junho 2016



José Hidelanio Alves de Menezes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTEIRA DE IDENTIDADE	Reportagem feita (s) por Autenticidade do	
	José Hidelanio Alves de Menezes	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	Data de emissão	
	21/06/16	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	Endereço	da verdade
	Assinatura	
<input type="checkbox"/> José Avolino Felicico da Souza - Titular Interino <input type="checkbox"/> Ana Telles de Leocádia Felicico - Substituta <input type="checkbox"/> Ásilia Machadinho Sales Felicico - Substituta		

