

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11219189

A/C: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346586 ASL-0241251/17
Vitima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LILIAN ACACIO NEVES

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11702443

A/C: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170346586 ASL-0241251/17
Vitima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LILIAN ACACIO NEVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170346586
Vitima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
Data do Acidente: 28/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LILIAN ACACIO NEVES

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 3170346586**.

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

Carta nº 12566553





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

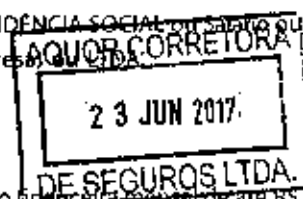
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Ionele Sousa da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 06062666057 EXPEDIDO POR DETRAN/CE EM 05/05/15 ECPF 058814383-96 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AutônomoE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Ionele Sousa da Silva, 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 Lotéticas 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 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) 0532-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21.652-6

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.

Jbiapina 22 de junho de 2017

LOCAL E DATA

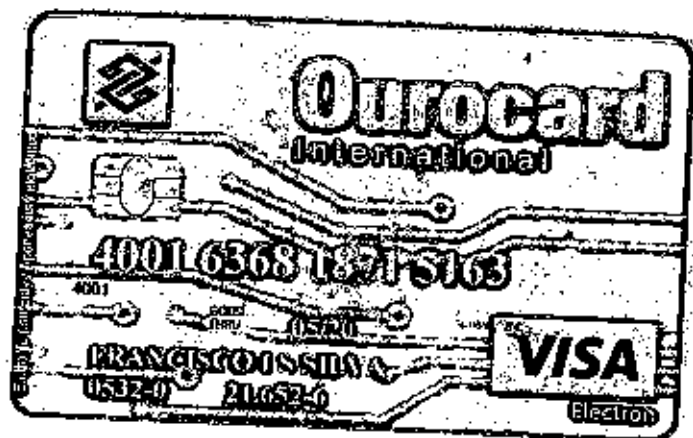
Francisco Ionele Sousa da Silva

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\$ 2.700,00 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.



AQUOR CORRETORA
23 JUN 2017
DE SEGUROS LTDA.



AQUOR CORRETORA

23 JUN 2017

DE SEGUROS LTDA.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 1518 / 2016

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/06/2016 16:23:37**Data / Hora da Ocorrência: **28/04/2016 20:00:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-187, PROXIMO AO POSTO**

Complemento:

Bairro: **FRECHEIRAS**Município: **TIANGUA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA**Nascimento: **04/04/1994** CPF: **058.814.383-96**RG: **20074420768**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ROSA MARIA SOUZA DA SILVA****FRANCISCO SOARES DA SILVA**Endereço: **AVENIDA AVELINO MACHADO PORTELA**Bairro: **CENTRO**CEP: **62.360-000**Município: **IBIAPINA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99495-4674****Histórico**

A VÍTIMA COMPARECE A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESI, ANO FAB/MOD 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA NVB5950, CHASSI 9C2KC1670BR358873, COM REGISTRO DE PROPRIEDADE EM NOME DE IDIL IPUCABA DISTR DE BEB LTDA, MOTOCICLETA DA EMPRESA QUE A VÍTIMA TRABALHA, QUANDO UM ANIMAL (GADO) SURTIU NA RODOVIA VINDO A VÍTIMA COLIDIR NO ANIMAL, E CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA AO HOSPITAL MADALENA NUNES, ONDE DEU ENTRADA E FOI CONSTATADO FRATURA DO MEMBRO ESQUERDO, SENDO IMOBILIZADO A FRATURA, PERMANECENDO NO HOSPITAL ATÉ O DIA SEGUINTE QUANDO RECEBEU ALTA MÉDICA. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALEXANDRE FEIJÓ CABRAL - MAT.: 198229-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Ionele Sousa da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO FERNANDES OLIVEIRA CHAGAS - MAT.: 198983-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Ionele Sousa da Silva, portador da carteira de identidade nº 06062666057 (CNH) e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.814.383-96, residente e domiciliado na Rua Pedro de Freitas, 5/N, Cidade Itapirina, Estado Paraná, 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.

Declaração de Inexistência de IML

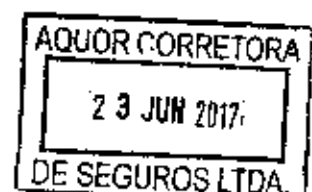


Francisco Ionele Sousa da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapirina, 22/06/2017

Local e data



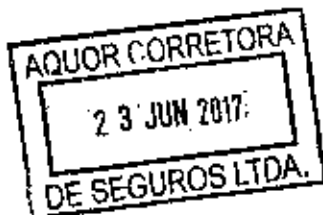
DADOS DO PACIENTE

Identificação: 38415 0003 Nome do Paciente: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA
 CPF: 058.814.383-96 Estado Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 14/04/1994 Local: FORTALEZA/CE Idade: 22 Ano(s)
 Mãe: FRANCISCO SOARES DA SILVA Pai: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
 Endereço: RUA PEDRO DE FREITAS, SN Bairro: SAO JOAO CEP: 62360-000 Município: IBIAPINA UF: CE
 Profissão: VENDEDOR Empresa: CÔnjuge: Telefone: 88 94954674
 Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA CPF do Responsável: Endereço: RUA PEDRO DE FREITAS, SN Município: IBIAPINA UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 28/04/2016 Hora: 20:18 Convênio: SUS Matricula: Cid:
 Profissional do Atendimento: MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS CRM/UF: 10269/CE Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
 Identificador de Acidente: Trânsito Funcionário: ADRIELE DE SOUSA ARAÚJO
 Observação:
 Data: Data/Hora Liberação: às hs. Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
 Sinais Vitais: Peso (kg): Altura (cm): T (°C): P (bpm): 82 R (bpm): 20 PA (mmHg): 100/70

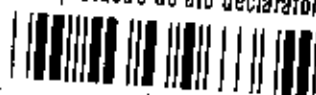
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Paciente com

em Trânsito (E) / Trânsito

em Rx de Col vert, por trauma
Comprovação de ato declaratório



① Rx de Col vert

② Rx de Braço (D) (E)

③ SF04 = 500

④ Mipra 40'

⑤ Anest 20'

⑥ Raxonal 100

⑦ Analgesia + oronch 3676

Marcio Leonardo B. Veras
CRM 10269

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SI

Paciente vítima de acidente de trânsito, atropelamento
apresenta lesão no braço D.

Fre



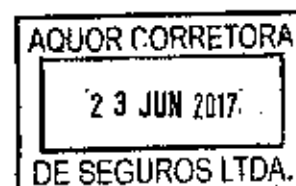
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Tenile Sousa da SilvaRG nº 20074420762, data de expedição 05 / 05 / 15, Órgão DETRAN/CE

CPF nº 058.814.383-96, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Pedro de Inuias</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Ibiapina</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>62.360-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 996844692</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ibiapina, 22/06/2017Assinatura do Declarante: F^{co} Francisco Sousa da Silva

Nº DO CLIENTE
3662818-2

Atividade Social e Energia Elétrica
Cadastrado em 01/04/2016
até 31/03/2017

coelce

Este documento contém informações sobre o consumo de energia elétrica e o valor a pagar.

Endereço: Rua Pedro de Freitas 00000
IBIAPINA - IBIAPINA - 62360000

Medidor: 23632496 Poste: 0000 A881

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA em de Potência: 0,00

RG / CM: CMPI 974320673-68 CGT

Nome: ROSA MARIA SOUZA DA SILVA

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

Nome do Responsável

PAGO

VENCIMENTO 10/05/2016 TOTAL PAGAR (R\$) 39,46

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		DETALHAMENTO DO CONSUMO	
Energia	11,85	1	11,85
Transmissão	0,00	2	0,00
Distribuição	0,00	3	0,00
Encargos Sociais	0,00	4	0,00
Tributos (ICMS, PIS-COFINS)	0,00	5	0,00
TOTAL	11,85	6	11,85

CONSUMO CONSTATADO EMISSÃO DE BOMBO		CONSUMO CONSTATADO EMISSÃO DE BOMBO	
Consumo (kWh)	35,87	Consumo (kWh)	0,00
Consumo (kWh)	0,00	Consumo (kWh)	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento
A PRECISAR PAGAR O VALOR DE 12,98 (doze reais e 98 centavos) referente ao consumo de energia elétrica em maio de 2016.
O valor a pagar é de 12,98 (doze reais e 98 centavos) referente ao consumo de energia elétrica em maio de 2016.
O valor a pagar é de 12,98 (doze reais e 98 centavos) referente ao consumo de energia elétrica em maio de 2016.

AQUOR CORRETORA
23 JUN 2017
DE SEGUROS LTDA.

Condição de Pagamento: 2x 2,00 referente a PIS e COFINS.
Valor Total: R\$ 39,46. Valor a Pagar: R\$ 39,46. Valor em Pagamento: R\$ 39,46.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

AQUOR CORRETORA

14 SET 2017

DE SEGUROS LTDA.

Eu, Liliana Araújo NunesRG nº 2004009150793, data de expedição 27/05/2019, Órgão SSP/CE,CPF nº 026705533-11, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Petronel Ruspêncio</u>
Número	<u>667</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itiapiúna</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>62.360-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 96844692</u>
E-mail	<u>aracis.liliana@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itiapiúna, 14 de Setembro de 2017Assinatura do Declarante: Liliana Araújo Nunes

* cópia simples

enel

COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.648-3

Nota Fiscal Grupo B
Série Única - 1

NÚMERO
488.515.617

DADOS DA ENTREGA

ENDEREÇO: RUA CORONEL LUPERCIO 00000

BAIRRO:

MUNICÍPIO: IBIAPINA

CEP:

ESTADO: CE

RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI

CENTRO OPERATIVO

SAO BENEDITO

Nº DO CLIENTE: 797112

OV: 5

ROTA: 06 31050 01 076900 - 3

VENCIMENTO: 17/08/2017

MUNICÍPIO: IBIAPINA

PERÍODO / REF: 08/2017

FATURAMENTO: 11/08/2017

NOME: PEDRO NEVES DA SILVA

CLASSIFICAÇÃO: T:90 C:01 S:01

ENDEREÇO: RUA CORONEL LUPERCIO 00000

CEP:

DOC.: C.P.F. - 00000000000143685143-91

SEQUENCIAL:

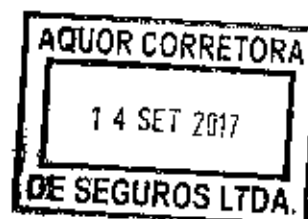
	FAT	IDA
ENERGIA ATIVA - kWh	62	62
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	
DEM FAT KW PP	0,00	0,00
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %	
CONS. INCLUIDO	0	

CÁLCULOS	
VALOR CONSUMO DO MES	44,64
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-I	12,59
DOACAO SANTA CASA FORT - YEL	2,00
SEGURO SUPER 3 + 1	3,95
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,00)	

	ATUAL	ANT
ENERGIA ATIVA - kWh	33401	33339
ENERGIA ATIVA - kWh HR	0	0
DEMANDA PP		

BASE CÁLCULO	%	VALOR
44,64	27,00	12,02

F1E5.68AE.4B05.8DD3.7464.F02C.E69F.6147



CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO
PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS
A CORRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR 62,99

enel

PERÍODO / REF 08/2017

VENCIMENTO 17/08/2017

COMPROVANTE COELCE

MUNICÍPIO IBIAPINA

ROTA 06 31050 01 076900 - 3 TOTAL A PAGAR 62,99

Nº DO CLIENTE 797112-5

CONTA PAGA

SEGUNDA VIA-SVI(43)

ANEXO II

Declaração Circular SUSEP 445/12



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 Wiliam Antonio Nunes, portador(a) do

RG nº 2004009350793, expedido por SSP - E, em

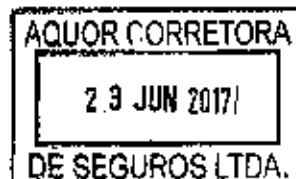
27 / 05 / 2009, CPF/CNPJ nº 02670553333,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco Jonel Sousa da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Indenização da vítima Francisco Jonel Sousa da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusa informar Renda Mensal: R\$ recusa informar

Documentos comprobatórios: CNH

Wiliam Antonio Nunes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Ipuçaba Distribuidora de Bebidas Ltda, com CNPJ Nº 07.302.876/0001-31 e IE: 06.190.964-5, localizado na Avenida José Carvalho de Aragão nº 1133, bairro Alto da Boa Vista, na cidade de Ipu- Ceará, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco Ionele Sousa da Silva, cujo condutor era Francisco Ionele Sousa da Silva.

Veículo: Motocicleta

Ano: 2011

Modelo: Honda/CG 150 FAN ES

Placa: NVB 5950

Chassi: 9C2KC1670BR358873

Data do acidente: 28 de Abril de 2016

Local e data: Ipuçaba, 11/01/2017

Declaração do proprietário do veículo



AQUOR CORRETORA

23 JUN 2017

DE SEGUROS LTDA.

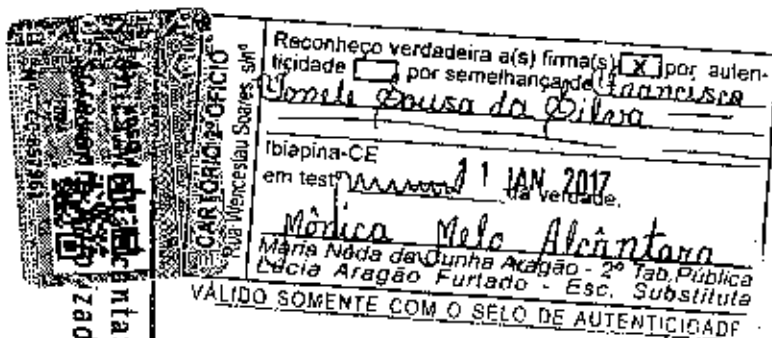
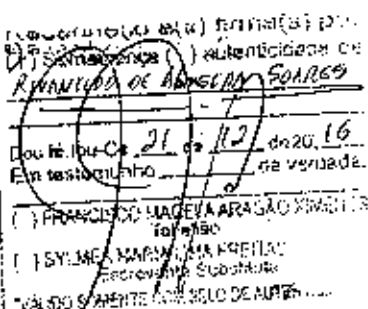
[Handwritten signature]

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO ARAGÃO
2º OFÍCIO

[Handwritten signature: Francisco Ionele Sousa da Silva]

Assinatura do Condutor



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO INTERIOR
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO LONELE SOUZA DA SILVA

FRANCISCO SOARES DA SILVA
ROSA MARIA SOUZA DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. ENTREGA
 20074420768 **ESP** **CE**

CITY
 058.814.383-96 **DATA NASCIMENTO**
 04/04/1996

PRIMEIRO
 06062666057 **RG** **AB**

VALIDADE
 11/03/2019 **PR. NASCIMENTO**
 02/05/2014

OBSERVAÇÃO:
 SEM OBSERVAÇÃO

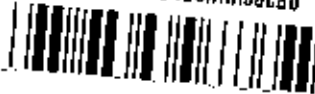
LOCAL
 FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO**
 05/05/2015

34465522600
CE147362733

1097230568
PRIMEIRO PLASTIFICAR

AQUOR CORRETORA
23 JUN 2017
DE SEGUROS LTDA.

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

LYLIAN MACIO NEVES

DOCUMENTO / DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO
2004009150793 / 000

DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO
029.7057533-41 25/04/2006

RENDA
NEVES, LYLIAN MACIO NEVES

MACIO NEVES, LYLIAN MACIO NEVES

12/06/2014 15/07/2014

23/07/2014

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

AQUOR CORRETORA
23 JUN 2017
DE SEGUROS LTDA.

OUT

[illegible]

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

CENº 0118256966795 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VEICULO 01	CPF CNPJ 07302876000	MARCA / MODELO HONDA/CB 150 FAN EST	PAGA NVR950	EXERCICIO 2014	DATA EMISSAO 08/01/2014
GENI/VAM 00300483581	HONDA/CB 150 FAN EST	Nº CHASSI 922K016702R358875			
ANO FAB. 2011	CATEGORIA 09				
PRÊMIO TARIFARIO					
FMS (R\$) 129,04	DENTADA VSI 14,54	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,58			
CUSTO DO DANFTE (R\$) 4,13	OF (R\$) 1,11	IDM (R\$) PARCELADO (R\$) 22,01			
COTA ÚNICA	Parcelado	PARCELADO	DATA DE QUITACAO 07/01/2015		

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 09.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOP... 1516E7B358875... 0038...

SEGURO OBRIGATORIO DE OMNIBUS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VI. TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MORTO - SEGURO DPVAT -

RECIBO CE N° 011825696696

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.



ASSINATURA

00382
NVR5950
CQD RENAISSANCE
00300485581
00300485581

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170346586 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IONELE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO E TRAUMA DE TÓRAX E BRAÇO DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO COM BOLETIM CIRURGICO PARA COMPROVAÇÃO DAS LESÕES SOFRIDAS, DO TRATAMENTO REALIZADO E DAS POSSIVEIS SEQUELAS.

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE TRÂNSITO E RODOVIÁRIO
DE TIANGUÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE
TRÂNSITO

Nº DO FORMULÁRIO

047/2016

Nº DA FOLHA

01

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE: 10/06/2016		HORA: 19:40		FASE DO DIA: 1 ☐ DIA 2 ☒ NOITE		MUNICÍPIO: TIANGUÁ		UF: CE	
TIPO DE ACIDENTE:		SEVERIDADE DO ACIDENTE:		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:		QUANTIDADE DE VÍTIMAS:		DATA DA SEMANA:	
COLISÃO TRASSEIRA 13 ☐ CAROTAMENTO		1 ☐ COM VÍTIMA FATAL		1 ☒ COM FERIDO		1 ☒ CONDUTORES FERIDOS		1 ☐ DOMINGO	
COLISÃO LATERAL 15 ☐ ENGAVETAMENTO		3 ☒ COM FERIDO		5 ☐ SEM VÍTIMA		3 ☐ CONDUTORES MORTOS		1 ☐ SEGUNDA	
COLISÃO FRONTAL 17 ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE		5 ☐ SEM VÍTIMA		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:		5 ☐ PASSAGEIROS FERIDOS		5 ☐ TERÇA	
COLISÃO TRANSVERSAL 19 ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL		1 ☒ COM DANOS		3 ☐ SEM DANOS		7 ☐ PASSAGEIROS MORTOS		7 ☐ QUARTA	
OUTRO 21 ☐ OUTRO		5 ☐ EVADIDOS		0 ☐ PEDESTRES FERIDOS		9 ☒ QUINTA		9 ☒ QUINTA	
TOMBRAMENTO		SEQUÊNCIA:		11 ☐ SEXTA		13 ☐ SABADO		13 ☐ SABADO	
CONDICÃO DA VIA:		PERICLA TÉCNICA NO LOCAL:		DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR:					
1 ☐ FEDERAL		1 ☐ SEM		3 ☒ NÃO					
2 ☐ ESTADUAL		ÁREA:							
3 ☒ MUNICIPAL		1 ☒ URBANA		3 ☐ RURAL					

Outros



LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO		IDENTIFICAÇÃO		Nº		KM		METROS	
VIA A		SENTIDO							
VIA B		REFERÊNCIA							
VIA C		IDENTIFICAÇÃO							
VIA D		IDENTIFICAÇÃO							
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO		IDENTIFICAÇÃO		Nº		KM		METROS	
VIA A		SENTIDO							
VIA B		REFERÊNCIA							
VIA C		IDENTIFICAÇÃO							
VIA D		IDENTIFICAÇÃO							

AQUOR CORRETORA

23 JUN 2017

DE SEGUROS LTDA.

VIA E MEIO AMBIENTE

TIPO DE PAVIMENTO:		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA:		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL:	
1 ☒ ASFALTO		1 ☐ NORMAL		1 ☐ BOA	
2 ☐ CONCRETO		3 ☐ INTERMITENTE		3 ☐ RUIM	
3 ☐ PARALELOPEDRO		5 ☐ COM DEFETTO		5 ☒ INEXISTENTE	
4 ☐ CASCALHO		7 ☐ DESLIGADO		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL:	
5 ☐ TERRA		9 ☒ INEXISTENTE		1 ☒ RDA	
6 ☐ OUTRO		SITUAÇÃO DA PISTA:		3 ☐ RUIM	
1 ☐ OUTRO		1 ☒ BOA		5 ☐ INEXISTENTE	
TIPO DE PAVIMENTO:		SITUAÇÃO DA PISTA:		PISTA EM OBRAS:	
1 ☐ BOA		1 ☐ BOA		1 ☐ SIM	
2 ☐ BOA		2 ☐ BOA		3 ☒ NÃO	

VEÍCULO Nº 01
 LUGAR DA DISTR DE BOBADA
 COIARA, Nº. APTº, BAIRRO, CEP)

TELEFONE		MUNICÍPIO	
PLACA/VF		MARCA	
TIPO DE VEÍCULO		MODELO	
1 ☐ AUTOMÓVEL	13 ☐ MICROÔNIBUS	ESTADO DOS PNEUS	2 ☒ BOM
2 ☐ RECIPIENTE	15 ☐ TRATOR	3 ☐ RUIM	
3 ☒ MOTOCICLETA	17 ☐ TRACÇÃO ANIMAL	INFRACÇÕES CONSTATADAS	1 ☐ SIM 3 ☒ NÃO
4 ☐ MISTO (CAMIONETA)	19 ☐ CAMINHÃO	AUTO DE INFRACÇÃO	
5 ☐ CAMINHONETE	21 ☐ COMBINAÇÃO DE VEÍCULOS	CÓDIGO(S) DA(S) INFRACÇÃO(ÕES)	
6 ☐ ÔNIBUS	23 ☐ OUTRO		
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (M)			

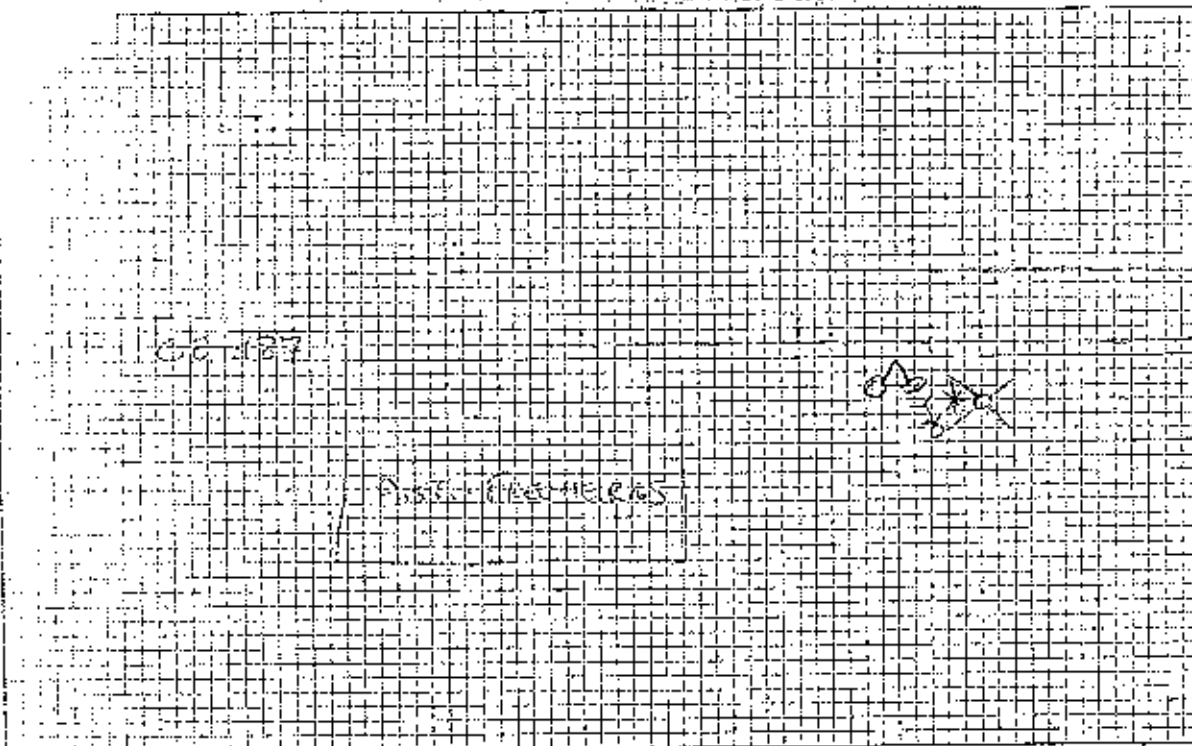
NOME DO CONDUTOR		CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01	
DATA DE NASCIMENTO		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
SEXO		CPF	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
HABILITAÇÃO		VALIDADE DA CNH	
1 ☒ CNH	2ª HABILITAÇÃO	1 ☒ EM DIA	
2 ☐ PERMISSÃO	Nº DE REGISTRO	3 ☐ VENCIDA	
3 ☐ NÃO HABILITADO	USAVA CINTO DE SEGURANÇA	USAVA CAPACETE	
4 ☐ NÃO EXIGÍVEL	1 ☐ SIM	1 ☒ SIM	
5 ☐ AUTORIZAÇÃO	2 ☒ NÃO	2 ☐ NÃO	
6 ☐ ESTRANGEIRA	3 ☐ SEM INFORMAÇÃO	3 ☐ SEM INFORMAÇÃO	
7 ☐ NÃO APRESENTOU CNH			

VÍTIMA		PASSAGEIRO/PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01	
NOME DA VÍTIMA			
DATA DE NASCIMENTO		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
SEXO			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA		USAVA CAPACETE	
1 ☐ SIM	1 ☐ SIM	POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO	
2 ☐ NÃO	2 ☐ NÃO	1 ☐ NA FRENTE	1 ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
3 ☐ SEM INFORMAÇÃO	3 ☐ SEM INFORMAÇÃO	2 ☐ ATRÁS	2 ☐ SEM INFORMAÇÃO
		3 ☐ EM PÉ	3 ☐ FÉRIDO

AQUOR CORRETORA
 2-3 JUN 2017
 DE SEGUROS LTDA.

VÍTIMA		PASSAGEIRO/PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01	
NOME DA VÍTIMA			
DATA DE NASCIMENTO		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
SEXO			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA		USAVA CAPACETE	
1 ☐ SIM	1 ☐ SIM	POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO	
2 ☐ NÃO	2 ☐ NÃO	1 ☐ NA FRENTE	1 ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
		2 ☐ ATRÁS	2 ☐ SEM INFORMAÇÃO
			3 ☐ FÉRIDO

CROQUI



SEMBOLOLOGIA

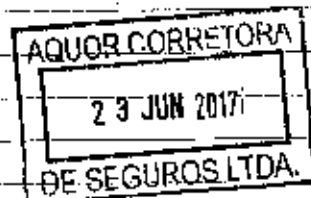
- AUTOMÓVEL
- ONIBUS OU CANTINEIRA
- BICICLETA
- VEÍCULO DE DUAS RODAS
- VEÍCULO DE TRÊS RODAS
- MARCHA À FRENTE
- MARCHA À RÉ
- ANTES DO ACIDENTE
- LOCAL DO ACIDENTE
- DEPOIS DO ACIDENTE
- DECAPAGEM
- CAROTAMENTO / TOMBE
- PEDESTRE
- ANIMAL
- OBJETO FIXO
- SEMÁFORO

NARRATIVA

No local, os agentes encontraram um animal morto, no qual se trata de um cão, e ao lado dele, estava um condutor e a sua moto. O condutor também caiu sobre a via.

Conforme informações colhidas com os populares, o condutor era um jovem, com uma motocicleta, sentida centro-urbana, sendo que logo após o posto de fiscalização, o mesmo veio a colidir com o animal que estava na via.

As informações referentes a identificação do condutor, os não puderam ser colhidas, pois o condutor encontrava-se impossibilitado de prestar informações.



TESTEMUNHA Nº 01

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: () IDENTIDADE/ORGÃO/UF: _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP): _____ MUNICÍPIO: _____

TESTEMUNHA Nº 02

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: () IDENTIDADE/ORGÃO/UF: _____

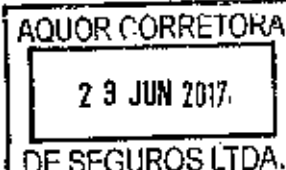
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP): _____ MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO POLICIAL AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME, POSTO/GRADUAÇÃO DO POLICIAL AGENTE: AG. SILVA

UNIDADE: _____ VTATURA: _____ REGISTRO/MATRÍCULA: 5729

CONTRATO SOCIAL DE CONSTITUIÇÃO DA FIRMA
IDIL – IPUÇABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA.



RIVANILDO DE ALMEIDA SOARES, brasileiro, natural de Fortaleza/Ce., casado sob regime de comunhão parcial de bens, nascido aos 26/07/1954, empresário, portador do C.P.F. nº 220.153.453-53, e Carteira de Ident. RG nº 99002276967 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Apto. 1101, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP: 60455-001 e **LEILANE VIANA SOARES**, brasileira, natural de Fortaleza/Ce., solteira, nascida em 23/10/1986, estudante, portadora do C.P.F. nº 023.676.913-80 e Carteira de Ident. RG nº 2004009121963 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Apto. 1101, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP: 60455-001, Art. 997, I, CC/2002, constituem uma sociedade limitada, mediante as seguintes cláusulas:

PRIMEIRA – A sociedade girará sob o nome empresarial de **IDIL – IPUÇABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA.**, e terá sede e domicílio na Av. José Carvalho de Aragão, 1147, Bairro Alto da Boa Vista em Ipô/Ce, CEP: 62250-000. (art. 997, II, CC/2002).

SEGUNDA – O capital social será de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) dividido em 60 (sessenta) quotas valor de nominal R\$ 500,00 (quinhentos reais), integralizado, neste ato em moeda corrente do país, pelos sócios: (art. 997, III, CC/2002) (art. 1.055, CC/2002)

RIVANILDO DE ALMEIDA SOARES.....	57 quotas de R\$ 500,00.....R\$	28.500,00
LEILANE VIANA SOARES.....	03 quotas de R\$ 500,00.....R\$	1.500,00
TOTAL.....		R\$ 30.000,00

TERCEIRA – A sociedade explorará a atividade de Comércio atacadista de refrigerantes, águas minerais, produtos alimentícios e outras bebidas em geral.

QUARTA – A sociedade iniciará suas atividades em 04 de Abril de 2005, e seu prazo de duração é indeterminado. (art. 997, II, CC/2002).

QUINTA – As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessação delas, a alteração contratual pertinente. (art. 1.056, art. 1.057, CC/2002).

SEXTA – A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social. (art. 1.052, CC/2002).

SÉTIMA – A administração da sociedade caberá ao sócio **RIVANILDO DE ALMEIDA SOARES**, com os poderes e atribuições de administrar, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização dos outros sócios. (artigos 997, VI; 1.013, 1.015, 1.064, CC/2002).

OITAVA – Ao término de cada exercício social, em 31 de Dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial de resultado econômico, cabendo aos sócios na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados. (art. 1.065 CC/2002)

NONA – Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador quando for o caso. (arts. 1.071 e 1.072, § 2º e art. 1.078, CC/2002).

DÉCIMA – A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

DÉCIMA PRIMEIRA – Os sócios poderão, de comum acordo, fazerem uma retirada mensal, a título de **PRÓ-LABORE**, observadas as disposições regulamentares pertinentes.

DÉCIMA SEGUNDA – Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do sócio remanescente, o valor de seus haveres será apurado liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

PARÁGRAFO ÚNICO – Os mesmos procedimentos serão adotados em outros casos em que a sociedade se resolva em relação ao seu sócio. (art. 1.028 e 1.031 CC/2002).

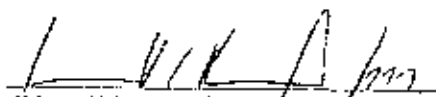
DÉCIMA TERCEIRA – O administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob efeitos dela, a pena que vede ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade. (Art. 1.011 § 1º CC/2002)

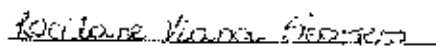
DÉCIMA QUARTA – Fica eleito o foro de Ipú/Ce, para o exercício e cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente instrumento em 03 (três) vias.

Ipú/Ce. 09 de Março de 2005.



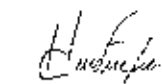

Rivanildo de Almeida Soares


Leilane Viana Soares



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
CERTIFICADO O REGISTRO EM: 18/03/2005
SOB Nº: 23201055189
Protocolo: 05/0188313

ESTADO DO CEARÁ - SECRETARIA DE ECONOMIA
RECEBEMOS


HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETÁRIO-GERAL

1º ADITIVO AO CONTRATO SOCIAL DA FIRMA:

IDIL – IPUCABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA

RIVANILDO DE ALMEIDA SOARES, brasileiro, natural de Fortaleza/Ce., Casado sob regime de comunhão parcial de bens, nascido aos 26/07/1954, empresário, portador do CPF nº 220.153.453-53 e Carteira de Ident. RG nº 99002276967 SSP/CE, residente e domiciliado na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Apto. 1101, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP 60455-001 e **LEILANE VIANA SOARES**, brasileira, natural de Fortaleza/Ce., Solteira, nascida em 23/10/1986, estudante, portadora do CPF nº 023.676.913-30 e Carteira de Ident. RG nº 2004009121963 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Gustavo Sampaio, 1413, Parquelândia, Fortaleza/Ce., CEP 60455-001, únicos sócios da **IDIL – IPUCABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA.**, com o Contrato Social arquivado na MM Junta Comercial do Estado sob o nº 23.201.055.189 em 18/03/2005 e CNPJ (MF) nº 07.302.876/0001-31, situada na Av. José Carvalho de Aragão nº 1147, Bairro Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP: 62250-000. **RESOLVEM** de comum acordo alterar o referido Contrato Social como a seguir se contrata:

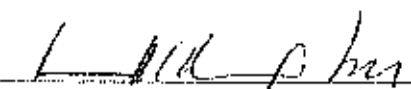
PRIMEIRA – O Endereço que era Av. José Carvalho de Aragão nº 1147, Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP 62250-000, neste ato passa a ser Av. José Carvalho de Aragão nº 1133, Alto da Boa Vista, Ipú/Ce., CEP 62250-000.

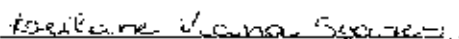
SEGUNDA – Todas as demais cláusulas constantes do instrumento particular da empresa, não modificados expressamente no ato ou em parte pelo presente instrumento, continuarão em pleno vigor.

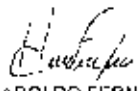
E, por estarem justos e contratados assinam a presente alteração em 04(quatro) vias.

Ipú/Ce. 13 de dezembro de 2005.




Rivaniildo de Almeida Soares


Leilane Viana Soares

 JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
CERTIFICADO DE REGISTRO EM 19/12/2005
SOB Nº 20050801287
Protocolo: 05/080128-7
Empresa: 23 2 0105518 9
IDIL - IPUCABA DISTRIBUIDORA DE BEBIDAS LTDA - E

HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>Lilian Alcino Neves</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Secretária</u>	Carteira de Identidade: <u>2004009150793</u>	
CPF nº: <u>026.705.533-11</u>	Endereço: <u>Rua Coronel Rupencio 267</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itiapiuna</u>	Estado: <u>Paraíba</u>	CEP: <u>62.360-000</u>

OUTORGADO:

Nome: <u>Francisco Jonile Sousa da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>AUTONOMO</u>	Carteira de Identidade: <u>20074420768</u>	
CPF nº: <u>058.814.383-96</u>	Endereço: <u>Rua Pedro de Freitas</u>		
Bairro: <u>Itiapiuna</u>	Cidade: <u>Itiapiuna</u>	Estado: <u>Paraíba</u>	CEP: <u>62.360-000</u>

Por este instrumento particular de procuração, O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

Itiapiuna, de 17 de Maio de 2017.

Francisco Jonile Sousa da Silva

OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

CARTÓRIO ARAGÃO
2º OFÍCIO

	Reconheço verdadeira e(s) firma(s) ☒ por autenticidade ☐ por semelhança de <u>Francisco Jonile Sousa da Silva</u>
	Itiapiuna-CE em testº <u>17 MAIO 2017</u> da verdade.
	<u>Maria Nêde da Cunha Aragão</u>
	Maria Nêde da Cunha Aragão - 2º Tab. Pública Lúcia Aragão Furtado - Esc. Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

