

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180052153

Vitima: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Data do Acidente: 29/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180052153**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12322866



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Sinistro: 3180052153

Vítima: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Data do Acidente: 29/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052153** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180052153

Vitima: MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

Data do Acidente: 29/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180052153**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da vítima

018804283-00

Nome completo da vítima

Mikelândia Martins Rodrigues

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Mikelândia Martins Rodrigues		CPF titular da conta 018.804.283-00	Profissão Loja
Endereço Rua Humberto de Campos		Número 1370	Complemento
Bairro Jatiuma II	Cidade Cratús	Estado CE	CEP 63700-000
Email martinsmikelandia@gmail.com		Telefone (DDD) 86) 9 97492525	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ **FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
AGÊNCIA NRD	DV	CONTA NRD	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA

NRD  
0747

DV

CONTA 09013

NRD  
22979

DV

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

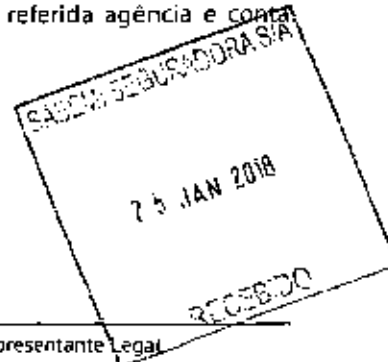
Cratús - 03 de Janeiro de 2018

Local e Data

Mikelândia Martins Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5410 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 10:37:26**  
 Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2017 21:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE - 187**  
 Complemento:  
 Bairro:  
 Ponto de Referência: **VIA MUSIC** Município: **CRATEUS/CE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ELIALDO OLIVEIRA DE SOUSA**  
 Nascimento: CPF: **041.227.113-39**  
 RG: Orgão Emissor:  
 Filiação: **MARINETE GOMES DE OLIVEIRA ROSA**  
**MANOEL GOMES DE SOUSA**  
 Endereço: **RUA UMBERTO DE CAMPOS, 1370**  
 Bairro: **FÁTIMA II**  
 Município: **CRATEUS/CE**  
 País: **BRASIL**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **01H3658** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2JC4820DR304619** Renavam: **486806766** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2012**  
 Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**  
 Proprietário: **MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, TRAZENDO CONSIGO SUA ESPOSA, MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES, RESIDENTE NA RUA UMBERTO DE CAMPOS, 1370, BAIRRO FÁTIMA II, NESTA URBE; QUE AO CHEGAR PRÓXIMO AO CLUBE VIA MUSIC, A UMA VELOCIDADE DE APROXIMADAMENTE 55 KM/H, O PNEU TRASEIRO DE SUA MOTOCICLETA ESTOUROU, FAZENDO COM QUE O DECLARANTE PERDESSE O CONTROLE DA MESMA E VIESSE AO SOLO, JUNTAMENTE COM A PASSAGEIRA; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO, BRAÇO E PÉ DIREITOS E AINDA NO QUEIXO E MIKELANDIA, SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO DIREITO; QUE LOGO ATRÁS DO CASAL VINHA UM VEÍCULO, O QUAL PAROU E PRESTOU SOCORRO AO DECLARANTE; QUE SUA ESPOSA FOI LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL NA MOTOCICLETA; QUE ALÉM DE SUA ESPOSA, TEM COMO TESTEMUNHA DOS FATOS ACIMA NARRADOS A PESSOA DE MIKAELLY MARTINS RODRIGUES, RESIDENTE NA RUA GENTIL CARDOSO, 81, BAIRRO CAMPO VELHO, NESTA URBE. E NADA MAIS DISSE

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**KAYRO CHRYSOSTOMO CAVACANTE - MAT.: 300782-1-7**

**DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

Certifico que a presente  
 cópia confere com o  
 original respectivo. Dou  
 fecho em: 20/12/2017 10:48:15  
 Crateus, 2 DEZ 2017

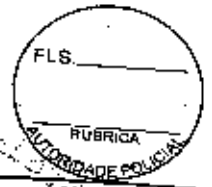
*Elialdo Oliveira de Sousa*



**CARTÓRIO MARTIN**  
 Bel Edmar Albuquerque Nascentes  
 Substituto Legal - CRA/ABR  
 Crateus - Ceará



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 5110 / 2017**  
**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *[Signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT: 300817-1-4**

*Mikelandia Martins Rodrigues*

*Mikaelly Martins Rodrigues*



Certifico que a presente  
 cópia confere com o  
 original respectivo. Dou

**2ª DEZ 2017**

*[Signature]*  
 2ª Tabelião Pública

**ARQUIVO MARTINS**  
 Adv. Edmar Albuquerque Nascimento  
 OAB/CE - CRM/4808  
 Crateus - Ceará

**ARQUIVO CAVALCANTE**  
 3ª Oficial Registradora de Imóveis  
 Esplanada Municipal - Crateus - Ceará



**03 JAN. 2018**

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**Pág. 2 de 2**  
**25 JAN 2018**

Impresso em: 20/12/2017 10:48:15

**RECEBIDO**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Mikelandia Martins Rodrigues</u>	CPF da Vítima <u>018.804.283-00</u>	Data do Acidente <u>29/10/2017</u>
--	--	---------------------------------------

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Cratius - 22 de Dezembro de 2017  
Local e Data

Mikelandia Martins Rodrigues  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 29/10/2017 22:11  
Página 1 de 1  
Data de impressão: 29/10/2017

### DADOS DO PACIENTE

Profissional 072095	Atendimento 0014	Nome do Paciente MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES	CNS 709803077205190	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20072312836		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 24/02/1988	Local CRATEUS/CE	Idade 29 Ano(s)		
Pai MILTON MARTINS ALVES		Mãe ANTÔNIA VIEIRA RODRIGUES		
Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370	Bairro PLANALTO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão MANICURE	Empresa	Cônjugue		
Responsável MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370	Município CRATEUS	UF CE

### DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/10/2017	Hora 22:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR		CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)
				PA (mmHg) 120 x 80

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

Vítima de acidente de moto. consciente,  
orientada, suprimida em seu membro  
Apresenta escoriações leves pelo corpo  
col. limpo e curativos  
alta hospitalar

Flavio Mendes Sales Junior  
Médico  
CRM-CE 18153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  
25 JAN 2018

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MIKELANDIA MARTINS ROD

Ato Declaratório





**Nº DO CLIENTE**  
**7162002-8**  
 Para a partir de 01/01/2017, utilize o nº acima  
 sempre que for necessário consultar o sistema

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
 foi criada pela Lei nº 10.438  
 de 26 de abril de 2002  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Pedro Velho, 150  
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.044.226/0001-20 | CEF 05.105.248-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 499812435  
**Rote** 03 38000 02 357001 - 1 **Data de Emissão** 08/11/2017  
**Nome** FRANCIVAL GOMES DE OLIVEIRA  
**End. Postal** RU HUMBERTO DE CAMPOS 21373  
 FATIMA II - CRATEUS - 63700000  
**Modador** 5588647 **Porte** 0000 0000  
**Classe** 01-RESIDENCIAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00  
**RG / CPF / CNPJ** 124790468-77 **CGF**

**DATAS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	08/11/2017	08/12/2017

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta **CRATEUS**  
 Mês **Set 2017** **ESD 44,85**  
**Índice de Qualidade** **0,00**

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
55,34	20,00	11,07

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

Mês	Trib. Terc. Atual	Trib. Terc. Anterior	Trib. Terc. Atual	Trib. Terc. Anterior	Trib. Terc. Atual	Trib. Terc. Anterior
DIC	5,67	11,04	22,59	0,00	0,00	0,00
FIC	0,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMUC	1,29					

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
21508	21003	1,00	505	0,00	505	0,11089	55,34

08/11/17 - 06/10/17 03 Dias 75 55,34

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES	55,34
MULTA MORATORIA REF 10/2017	0,89
JUROS DO MES	0,39
ADICIONAL BANCARÁ VERUELA MES ( R\$ 4,18 )	

**VENCIMENTO**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
07	75	
08	61	
09	56	
10	63	
11	67	
12	55	
01	64	
02	61	
03	57	
04	62	
05	61	
06	62	

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 32,41 Compensação kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Consciência Ecológica (50%) 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E CASOS DE VENCIMENTO**

**CONDIÇÃO DE PAGAMENTO**

**VALOR TOTAL** 55,34

**DATA DE VENCIMENTO** 18 DEZ 2017

**CONDIÇÃO DE PAGAMENTO**

**VALOR TOTAL** 55,34

**DATA DE VENCIMENTO** 18 DEZ 2017

18 DEZ 2017

**CONDIÇÃO DE PAGAMENTO**  
 Condição de Pagamento de 12 meses  
 Valor Final: R\$ 55,34  
 Emissor: Substituto

18 JAN 2018

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | Nº **505435547**  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valério, 150 | CEP 60125-010 - Fortaleza - CE  
CNPJ 07617551/0001-70 | CGF 06 103 842 3



Cancelamento da Residência

10015

26 de outubro de 2018

Esta é a segunda via de

**DEZ/2017**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**6567453**

**7**

**26/12/2017**

**48,78**

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

**ENERGIA  
CONSUMO**

End. da Limpeza Consumidora RU DR JOAO TOME 01379 C5 ALTOS CENTRO CRATEUS

RG / CPF / CNPJ 873.649.133-00

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Inst. ☐ Consumo Situado

FP	3779	3759	1	20	0	30
----	------	------	---	----	---	----

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão-  
Apresentação

Prev. Próxima  
Leitura

18/12/2017

17/01/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

BDBA.FB80.6EE2.9222.2935.EEA6.B31D.8650

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	7,63
TRANSMISSÃO	0,26
DISTRIBUIÇÃO	5,16
ENCARGOS SETORIAIS	1,79
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,85

**OUTROS PAGAMENTOS**

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

0,90

MULTA MORATORIA

1,04

TAXA DE RELIGACAO

7,43

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

23,20

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 1,21 )

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido (kg CO<sub>2</sub>) Compensado (kg CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

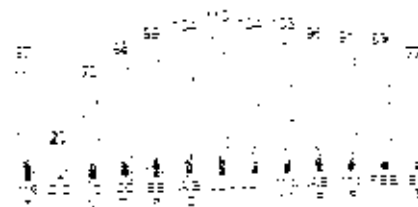
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,80

Consumo CRATEUS

Mes OUT/ 2017

	Padrão Individual	Apuração Individual			
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
DIC (m)	5,67	11,34	22,69	1,36	0,00
FIC (m)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00
DMIC (m)	3,29			1,36	

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



CRATEUS

— 2ª via a ser enviada ao cliente —

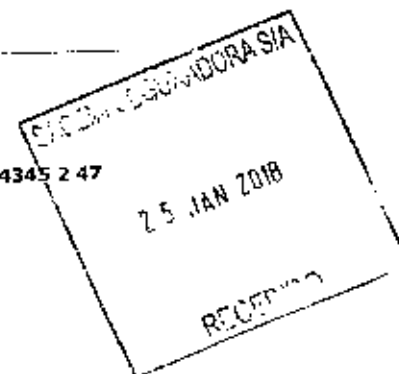
Nº do Cliente:  
Data de Emissão:

**6567453-7**  
**08/01/2018**

Nº da Nota Fiscal: **505435547**  
Referência: **DEZ/2017**

Total a Pagar (R\$): **48,78**  
Nº de Controle: **0006567453 00035 4345 2 47**

**83880000000-3 48780031000-5 00065674530-4 00354345296-9**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Danielo Gomes Antun inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mikelandia Natheus Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.804.283/00 do sinistro de DPVAT cobertura Furto e roubo da Vítima Mikelandia M. Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

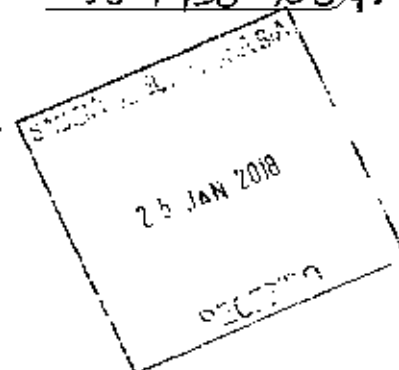
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

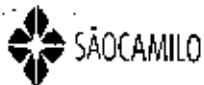
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua São Lourenço</u>	Número <u>91379</u>	Complemento -
Bairro <u>Antônio II</u>	Cidade <u>Aratuna</u>	Estado <u>CE</u>
Email <u>santodabro21@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>88.9.9690-3449</u>	CPF <u>63.700.000</u>
		Telefone celular (DDD) <u>88.9436-7264</u>

Aratuna a 22 de Dezembro de 2017  
Local e Data

Danielo Gomes Antun  
Assinatura do Declarante





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 29/10/2017 22:11

Guia de atendimento - EMERGENCIA



Página  
v2017

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 072095	Atendimento 0014	Nome do Paciente MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES	CNS 709803077205190	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20072312836		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino
Data de Nascimento 24/02/1988	Local CRATEUS/CE	Idade 29 Ano(s)		
Pai MILTON MARTINS ALVES		Mãe ANTÔNIA VIEIRA RODRIGUES		
Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370		Bairro PLANALTO	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão MANICURE	Empresa	Conjuge		UF CE
Responsável MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370		Município CRATEUS
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/10/2017	Hora 22:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR		CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
	às ____ hs.		( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T(°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg) 120 x 80

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

Vítima de acidente de moto. Consciente,  
orientada, suprimida em ambiente  
Apresenta escoriações leves pelo corpo  
col. limpo e curativos.  
alta hospitalar

Flavio Mendes Sales Junior  
Médico  
CRM: 18153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

25 JAN 2018  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MIKELANDIA MARTINS ROD

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES**



RG: 20072312936 - UF: CE  
CPF: 018.804.383-00 - DATA NASCIMENTO: 24/02/1989  
FILIAÇÃO: MILTON MARTINS RODRIGUES, ANTONIA VIEIRA RODRIGUES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA - AC: A  
Nº REGISTRO: 06594444720 - VALIDEZ: 04/08/2020 - 1ª REGISTRAÇÃO: 31/03/2016

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO.

*Mikelandia Martins Rodrigues*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CRATEUS, CE - DATA EMISSÃO: 24/08/2017  
*For Valida 24/8*  
55308798252  
CE155018447

CEARA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1474110954

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
1474110954



Este documento é válido e apresenta  
a validade do documento que me foi  
emitido em conformidade com a legislação.

18 DEZ. 2017

CAVALCANTE  
Secretaria de Identificação  
Secretaria Substituto

24 JAN 2018  
PREFEITO

<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO</p>	
<p>NOME DANILO GOMES ARTUR</p>	
<p>TIPO DA FIM TELA O TEBENTORIO NACIONAL 1097118110</p>	<p>DOCUMENTO / REGISTRO DE 236987639 SER - CI</p>
	<p>CPF 872.649.133-00 Data NASCIMTO 05/01/1981</p>
	<p>RACIA JOSE ARTUR SOBRINEO</p>
	<p>MARIA DE FATIMA GOMES ARTUR</p>
<p>Nº INSCRIÇÃO 0608867855</p>	<p>DATA DE 08/10/2013</p>
<p>DATA DE 29/04/2014</p>	<p>DATA DE 29/04/2014</p>
<p>CONDIÇÃO SEM OBSERVAÇÃO</p>	
<p><i>Daniilo Gomes Artur</i> Assinatura do Titular</p>	
<p>LOCAL FORTALEZA, CE</p>	<p>DATA DE 29/04/2015</p>
<p><i>[Assinatura]</i> Assinatura do Titular</p>	<p>17327043464 CE147302307</p>
<p>1097118110</p>	

25 JAN 2018  
REC-12



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180052153 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Escoriações pelo corpo.

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO



**Outorgante:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES, brasileiro(a), estado civil casada, profissão DO LAR, residente e domiciliado à Rua Humberto de Campos, nº. 1370, bairro Fátima II, Município de Crateús, Estado de(o) CE., Cep.:63.700-000, portador(a) do RG nº. 20072312836, SSP/CE, e CPF nº. 018.804.283-00.

**Outorgado:** DANILO GOMES ARTUR, brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado (a) à Rua Dr. João Tomé, nº 1263, bairro: Fátima I Município de Crateús, Estado de (o) CE. Cep.: 63700-000, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE, e CPF nº 873.649.133-00.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) : MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES, ocorrido em 29/10/2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

Crateús-Ce., 28 de Dezembro de 2017.



*Mikelandia Martins Rodrigues*  
Outorgante  
CPF Nº. 018.804.283-00



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <i>como</i> <i>verdadeira de Mikelandia</i> <i>Martins Rodrigues</i>
Dou fé.
Crateús 28/DEZ 2017
Em testemunho <i>de</i> da verdade

CARTÓRIO MARTINS  
Bel Edmar Albuquerque Nascimento  
Substituto Legal - CRAJ4808  
Crateús - Ceará

