
Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341683

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190341683 Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **450.595.168-57** Nome completo da vítima: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO** CPF: **450.595.168-57**

Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **LOCALIDADE BARREIROS** Número: **314** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **NOVO ORIENTE** Estado: **Ceará** CEP: **63.740-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(33) 9.96232760**

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5441** **0**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **1001156** **6**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do
beneficiário ou
representante legal
da vítima

Local e Data: **NOVO ORIENTE - CE, 23/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

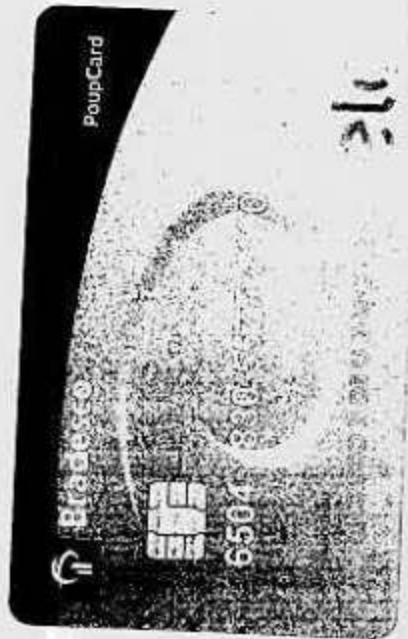
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

17c



23 MAI 2013

Então, pelo Banco Brasileiro S.A. em caso de perda ou roubo, comunicar imediatamente.

Atividade: 5441 0 1001156 6

5441 0 1001156 6

elo
débito

AUTOMATIZADO

PoupaCard Brasileiro S.A. em caso de perda ou roubo, comunicar imediatamente.

Agência: 5441 0 1001156 6

Conta: 5441 0 1001156 6

Atividade: 5441 0 1001156 6

Conta: 5441 0 1001156 6

Atividade: 5441 0 1001156 6

Conta: 5441 0 1001156 6

Banco24Horas

ATM pulse

Direct Club

DISCOVER

NO EXTERIOR



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019314603



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 342 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/05/2019 14:55:30**
Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA KM 12**
Complemento: **CE 187**
Bairro: **ZONA URBANA**
Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA**
Nascimento: **25/11/1993** CPF: **450.595.168-57**
RG: **544120103** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA**
JOSÉ EDIVALDO
Endereço: **SITIO LOC. DE BARREIROS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.740-000**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** Telefone: **(88) 99734-7973**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQY2619** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KD04309R016785** Renavam: **168007878** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ROZELI ALVES DE AZEVEDO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro.
Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

1-Vítima/Condutor

O comunicante declara que no dia 04/01/2019, por volta das 19h30min, sofreu um acidente de trânsito: QUE o comunicante conduzia a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS KS, PLACA NQY2619, COR VERMELHA, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE ROZELI ALVES DE AZEVEDO, sua tia; QUE estava se deslocando da sede do município para casa, localidade de Barreiros; QUE no KM12, próximo as casas, dois ciclistas adentraram a via, tendo o comunicante não conseguido desviar, vindo a colidir com um deles; QUE o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo uma forte pancada no ombro esquerdo e um corte profundo no joelho esquerdo; QUE o ciclista sofreu apenas escoriações de leve; QUE os ciclistas aparentavam estarem sob efeito de bebida alcoólica; QUE populares acionaram a ambulância do Hospital local; QUE o comunicante foi socorrido para Hospital; QUE passou a noite em observação e no outro dia, bem cedo, foi encaminhado para o Hospital São Lucas, em Crateús-CE; QUE foi realizado exame de Raio-X, evidenciando fratura em sua clavícula; QUE teve seu ombro imobilizado com gesso, tendo passado 3 meses com o gesso. E nada mais disse

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Consolidado em: 14/05/2019 15:37:42

Pág. 1 de 2

Impresso em: 11/05/2019 15:37:42

Francisco Nailson de Oliveira no com. 14/05/2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019314603



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 342 / 2019

Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 16/01/2019, conforme laudo pericial nº 190.633-01/2019P. Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 4 meses após o acidente.

2-Testemunhas:

2.1 FRANCISCA VIVIANE DE SOUSA CHAGAS, CNH nº 06349754575, Endereço: Reside à Rua Álvaro Coelho, 539, Bairro Alto da Colina, Novo Oriente-CE, Tel.: (88) 996143301

Fa Viviane de S. Chagas

2.2 JOSÉ ISMAEL DE ARAÚJO SOUSA, RG.: 2009099072909, Endereço: Localidade de Barreiros, zona rural de Novo Oriente-CE, Tel.: (88) 999696984

José Ismael de Araújo Sousa

3- DADOS DO VEÍCULO ACIMA DESCRITOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Júlia F. R. Costa ^{Escritura AD HOC}
"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Neilton de Oliveira Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) : Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **450.595.168-57** Nome completo da vítima: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO** CPF: **450.595.168-57**

Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **LOCALIDADE BALNEIROS** Número: **514** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **NOVO ORIENTE** Estado: **Ceará** CEP: **63.740-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(88) 9.96232760**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5441** **0** CONTA: **1001156** **6**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Local e Data: **NOVO ORIENTE - CE, 23/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Nailson de Oliveira Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

João Carlos Dantas

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CÓPIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

CNPJ: 11.389.692/0001-28

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

NOME: Figueira de Almeida, José Maria DA: A: 04/01/19NOME DA MÃE: Figueira de Almeida, MariaNOME DO PAI: Figueira de Almeida, JoséDATA DE NASCIMENTO: 25/12/93 IDADE: 25 CARTÃO SUS: 11111111111111111111SEXO: M ESTADO CIVIL: C PROFISSÃO: TrabalhadorENDEREÇO: Bomfim CIDADE: ChapadaPA: X MMHG 120 DX: 120 MG/DL 120 TEMPERATURA: 36.5 °C

1. SINAIS E SINTOMAS:

NEGA ALERGIAS

PACIENTE APRESENTANDO GSCORRÊNCIAS EM FACE MM SS E MMII, CONSCIENTE E ORIENTADO ONDE

2. DIAGNÓSTICO:

REFERE TER CONTATO COM OUTRA PESSOA ACHADO EM VIA PÚBLICA, ONDE ESTAVA PULCANDO SUA MOTO E ATROPELOU UMA TERCEIRA PESSOA, SEGUNDO O MESMO REFERE.

3. CONDUTA:

1) FA DEXAMETASONA 10MG I.M.

21-35

2) FA VOLTAREM 75MG I.M.

21-35

Dr. Clayton Pereira Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

ASS. MÉDICO

X Tatiane Vale Araújo

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

23 MAI 2019

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série 8-4 | N° 570364727

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
3040982 DV **9**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 31 038006 03 089005 Medidor 4854208 Poste 0000 0
Nome FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV BARREIROS 00000 STO ANTONIO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 885.478.093-68 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

LEITURAS DO CONSUMO
Lectura Atual 6614 Lectura Anterior 6499 Constante 1 Consumo (kWh) 115 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 115

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa	30	70	15	0,17436	0,29891	0,44837	5,23	20,92	6,73
Consumo faixa 0-30 Kwh									
Consumo faixa 31-70 Kwh									
Consumo faixa 71-150 Kwh									
Consumo faixa 151-220 Kwh									

OUTROS PAGAMENTOS

Saldo para pagamento futuro	Multa moratória	PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	-43,77	0,76	1,22	8,91

Data de Emissão/ Apresentação 15/05/2019 Prev. Próxima Leitura 16/05/2019

CONTROLE FISCAL

EF30.9E6C.D5B7.EC35.BC8F.F9AE.A773.8047

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

VALOR DE CONSUMO

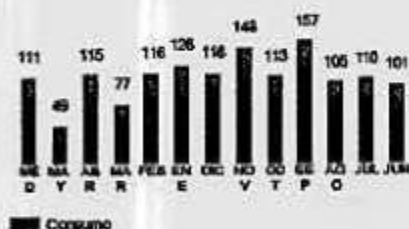
ENERGIA	17,37
TRANSMISSÃO	1,38
DISTRIBUIÇÃO	10,20
ENCARGOS SETORIAIS	2,31
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,84

CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,74
Conjuntio CRATEUS
Mês FEV/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,07	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,78			0,07		

CONSUMO últimos 12 meses



EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame as vizinhas e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor

Prezado cliente, sua instalação encontra-se sob relação contratual junto a Enel.
Solicitamos que entre em contato imediatamente com a distribuidora para regularização
cadastral, através do telefone 08002850196 ou em nossas lojas de atendimento. Caso
permanecer irregular, o fornecimento de energia elétrica poderá ser suspenso.
SAO POU POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT.MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 26 RES 414

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 3040982-9 N° da Nota Fiscal: 570364727 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 23/05/2019 Referência: ABR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DENILSON CASTRO DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 731.883.183 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANILSON HENSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.595.163 / 57 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANILSON HENSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.595.163 / 57, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA PEDRA CAVALHEIRO</u>		Número <u>360</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>NOVO GRIJUTE</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63.749-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9.96532760</u>

NOVO GRIJUTE-CE 22 de MAIO de 2019
Local e Data

DENILSON CASTRO DANTAS
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROSELI ALVES DE AZEVEDO,
RG nº 381957396, data de expedição 13/10/2019,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 784.155.803-00,
com domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOCALIDADE DE BARREIRAS - ZONA RURAL, nº 5/Nº,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCA WAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO, cujo o condutor era
FRANCISCA WAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO.
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Ano: 2009
Placa: WBY2619-CE Chassi: 9C2KJ04309R0K785
Data do Acidente: 04/01/2019

Local e Data: NOVO ORIENTE-CE, 27 DE MARÇO DE 2019

Roseli Alves de Azevedo

Assinatura do Declarante

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

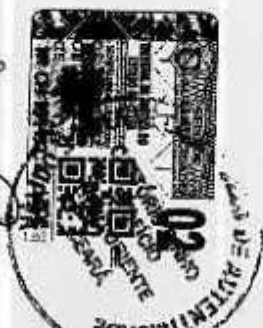
CARTÓRIO
Pinho
2º Ofício

[] Bel. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO
[] Nóbile Coelho de Pinho
[] Maria Araújo Teixeira
[] Osmarina Lira de Sousa

CARTÓRIO *Pinho* 2º OFÍCIO
Maria Araújo Teixeira
Escritorinha Substituta

Reconheço por autenticidade a firma de ROSELI ALVES DE AZEVEDO

Ass. Em. Novo Oriente CE, 27/03/2019 Em. Escritorinha



23 MAI 2019

 PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE CNPJ: 11.389.892/0001-28 SECRETARIA DE SAÚDE		 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVO ORIENTE	
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO			Nº
NOME: <u>FACUNDO DE NOBREGA DA SILVA</u>		DA A: <u>04/01/19</u>	
NOME DA MÃE: <u>NEIDE DE NOBREGA DA SILVA</u>			
NOME DO PAI:			
DATA DE NASCIMENTO: <u>28/12/93</u>		IDADE: <u>25</u>	CARTÃO SUS: <u>11111111</u>
SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:
ENDEREÇO: <u>Barreira</u>		CIDADE: <u>Chalés</u>	
PA: <u>X</u> MMHG	DX: <u>MG/DL</u>	TEMPERATURA: <u>°C</u>	
1. SINAIS E SINTOMAS: <u>NEGA ALERGIAS</u>			
<u>PACIENTE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM</u>			
<u>FACE MM SS E MMII, CONSCIENTE E ORIENTADO ONDE</u>			
2. DIAGNÓSTICO: <u>REFERE TER COLIDIDO COM OUTRA PESSOA</u>			
<u>ACHADO EM VIA PÚBLICA, ONDE ESTAVA PILOTANDO SUA MO-</u>			
<u>TO E ATROPELOU UMA TERCEIRA PESSOA, SEGUNDO O MES-</u>			
<u>MO REFERE.</u>			
3. CONDUTA:			
<u>1º FA DEXAMETASONA 10MG I.M.</u>		<u>21:35</u>	
<u>2º FA VOLTAREM 75MG, I.M.</u>		<u>21:45</u>	
<u>Dr. Clayton Pires Melo Filho</u>			
<u>CREMEC 19150</u>			
ASS MÉDICO			
<u>X Tatiane Vale Araújo</u>			
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL			



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Fronteiriço	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
143015	0001	FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO	160409978780005	
Documentos			Estado Civil	Sexo
Identidade: 544120103			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local	Mãe	Idade	
25/12/1993	CRATEUS/CE	FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA	25 Anos(s)	
Pai	Bairro	CEP	Município	UF
JOSE EDIVALDO DO NASCIMENTO	ZONA RURAL	63700-000	CRATEUS	CE
Endereço	Conjuga		Telefone	
CAMPO BARREIROS, S/N			88997347973	
Profissão	Empresa			
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA		CAMPO BARREIROS, S/N	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	Cio
05/01/2019	08:06	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA	6945/CE	CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	MARIA APARECIDA SOARES XIMENES			

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação
	às hs
	Tipo de Saída
	() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36,01	107	120	138 X 84	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/01/2019 08:33

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de acidente de moto (sic), com dor e em MSD no ombro, escoriações, cefaleia, hematoma em olho direito

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

Travessa ombro D
u dor + limitação para

- R ombro D - 08:04 ✓

- Profund 100g + 100g de R → 08:45 ✓

D fratura de
clavícula D
oito gessos

Ante Joana B. de Souza
TEC. ENFERMAGEM
CORENCE 541.201

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Dr. Glauber Mota Rodrigues
CRM 5028
ASSISTENTE EM ORTOPEDIA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

8900-3

PROIBIDO PLASTIFICAR

Carteira de Identidade

Francisco Nailson de Oliveira

23 MAI 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.412.010-3

DATA DE EMISSÃO 01/DEZ/2011

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

JOSÉ EDIVALDO DO NASCIMENTO

E FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE CRATEUS -CE

DATA DE NASCIMENTO 25/NOV/1993

NOVO ORIENTE-CE

NOVO ORIENTE

CN:LV.:NC./FLS.325-/N.001299

212 Delegado de Polícia

Roberto de Faria do Nascimento III GLS/SP

LEI Nº 118 DE 2008/MS



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
450.595.168-57

Nome
FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
NASCIMENTO

Nascimento
25/11/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
18F5 CA43.B8D6.7396

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 22:22:10 do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
FANTASIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
973054610

NOME
DENILSON CASTRO DANTAS

DOC IDENTIDADE / CRM EXERCÍCIO UF
306102096 SSP CE

CPF
781.883.183-53

DATA NASCIMENTO
01/04/1977

TRACAO
FRANCISCO BRAS DANTAS
ALAIDE ALVES DE SOUSA

PREMUNDO
NÃO

ACC
NÃO

CALHA
NÃO

1ª HABILITACAO
25/11/2009

2ª HABILITACAO
14/08/2019

04826791472

CONDIÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Denilson Castro Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

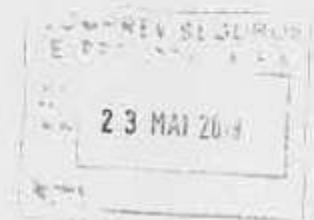
DATA EMISSAO
26/08/2014

57862559806
CE143290622

ASSINATURA DO EMISOR

DETRAN - CE/CEARÁ

PROBANDO PLASTIFICAR
973054610



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014417607067
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 168007878 0000000000 2018

NOME
ROZELI ALVES DE AZEVEDO

CRATEUS /CE

CPF / CNPJ PLACA
78415500300 HQY2619/CE

PLACA ANT / UF CHASSI
/CE 9C2KD04309R016785

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS KS 2009 2009

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
ZF/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1*
I P V A ***** ** / ** / **

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2*
***** ** / ** / **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 28/11/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CRATEUS 28/12/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014417607067 BILHETE DE SEGURO DPVAT

78415500300 HQY2619/CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014417607067 85666300644

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/12/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 78415500300 HQY2619

RENAVAM MARCA / MODELO
168007878 HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. ANO MOD. Nº CHASSI
2009 2009 9C2KD04309R016785

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/11/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT


CNPJ 09.248.608/0001-04

CHASSI 9C2KD04309R016785 01599



23 MAI 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174742/19

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASC

CPF: 450.595.168-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NAILSON DE
OLIVEIRA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 450.595.168-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341683 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341683 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:	FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Casado	PROFISSÃO:	Agricultor
RG Nº:	54.412.010-3-SSP-SP.	CPF Nº:	450.595.168-57
ENDEREÇO:	Localidade de Barreiros	BAIRRO:	Zona Rural
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 9.96232760

OUTORGADO:

NOME:	Denilson Castro Dantas		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Func. Público
RG Nº:	306102096-SSP-CE	CPF Nº:	781.883.183-53
ENDEREÇO:	Rua Pedro Carvalhedeo, nº 366	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 996232760

PODERES:

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, de natureza **INVALIDEZ** que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA**, ocorrido em **04/01/2019**, 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.

Novo Oriente/CE, 23 de maio de 2019.

Francisco Nailson de O. Nascimento

Outorgante: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
CPF nº 450.595.168-57

CARTÓRIO
Pinho
2º Ofício

Dr. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO
Núbia Coelho de Pinho
Marta Araújo Teixeira
Osmarina Lira de Sousa

Reconheço por autenticidade a firma de: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
NASCIMENTO.

Em 16, Novo Oriente/CE, 23/05/2019, em testemunha
particular.

CARTÓRIO
Pinho
Osmarina Lira de Sousa
Escritor(a) Autorizada



23 MAI 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174742/19

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASC

CPF: 450.595.168-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 450.595.168-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA