
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE LEITAO BESERRA**

Nº Sinistro: **3180522323**

Vítima: **FELIPE LEITAO BESERRA**

Data do Acidente: **03/12/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOKARLA DIOGO LEITAO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522323**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522323

Vítima: FELIPE LEITAO BESERRA

Data do Acidente: 03/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE LEITAO BESERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180522323

Vítima: FELIPE LEITAO BESERRA

Data do Acidente: 03/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FELIPE LEITAO BESERRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima	
---------------------------	---------------	-------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>FELIPE LEITÃO BESENNA</i>		CPF titular da conta <i>046.731.943-06</i>	Profissão <i>Autônomo</i>
Endereço <i>PEL. JOBIAS</i>		Número <i>00</i>	Complemento <i>111</i>
Bairro <i>SAO JOSE</i>	Cidade <i>EMERÉUS</i>	Estado <i>SC</i>	CEP <i>63700-000</i>
Email			Telefone (DDD)

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

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <i>0747</i>	D/V <i> </i>	CONTA NRO. <i>024509</i>	D/V <i> </i>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <i> </i>	NRO. <i> </i>
--------------------------------	-----------------------

AGÊNCIA NRO. <i> </i>	D/V <i> </i>	CONTA NRO. <i> </i>	D/V <i> </i>
(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.

Emeréus 31 de 10 de 2018

Local e Data

Felipe Leitão Besenna

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1474 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **25/04/2018 11:12:30**

Data / Hora da Ocorrência: **03/12/2017 16:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL TOBIAS**

Complemento:

Bairro: **SÃO JOSÉ**

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE LEITÃO BESERRA**

Nascimento: **13/11/1991** CPF: **046.731.943-06**

RG: **20071163993** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**

Filiação: **VERA LÚCIA LEITÃO BESERRA
JOSÉ MARIA SOARES BESERRA**

Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 356**

Bairro: **SÃO JOSÉ**

Município: **CRATEUS/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 3691-5991**

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MARIA SOARES BESERRA**

Nascimento: **08/04/1957** CPF: **047.680.908-85**

RG: **2002099061373** Orgão Emissor: **SSP** UF:

Filiação: **ODILIA SOARES BESERRA**

ESPEDITO BESERRA DE SOUZA

Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 356**

Bairro: **SÃO JOSE**

CEP:

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 3691-5991**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWQ6987** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KC08504R005463 Renavam: **834091437** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano

Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **JOSE MARIA SOARES BESERRA** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, E QUE NA OCASIÃO DOS FATOS, LEVAVA NA GARUPA O SEU FILHO FELIPE LEITÃO BESERRA. RELATA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU QUANDO SEGUIA NA RUA FREI VIDAL DA PENHA, E NO MOMENTO EM QUE FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA CORONEL TOBIAS, FOI COLHIDO POR UM CARRO DE COR PRETA, PLACA NÃO ANOTADA, QUE ACERTOU A TRASEIRA DA SUA MOTOCICLETA, CAINDO AMBOS AO SOLO. QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL IDENTIFICÁ-LO. RELATA

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGAÇÃO REGIONAL DE CRATEUS**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1474 / 2018**

QUE DO ACIDENTE SOFREU APENAS LEVES ESCORIAÇÕES, NO ENTANTO O SEU FILHO RESTOU LESIONADO COM UM CORTE NA COXA E JOELHO ESQUERDO. O PRÓPRIO DECLARANTE SOCORREU SEU FILHO PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS NESTA CIDADE, APRESENTANDO CÓPIA DO REFERIDO ATENDIMENTO MÉDICO NESTE ATO. APRESENTA COMO TESTEMUNHA DO ACIDENTE A PESSOA DANILTON BESSERRA FERREIRA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *José Hilton Alves Sampaio***VISTO DO DELEGADO(A) :****ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4***X Felipe Leitoa Bezerra**X Danilton Bezerra Ferreira***DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS****Dados do(s) Veículo(s)****UF: CE - Município: CRATEUS Ceará****ACIDENTE DATA: 20/04/2018 | Modo(s): HONDA/CICLO 250 TITAN 25 Ano****Localização: Rua Maria Soares Bessa, Centro, CRATEUS Ceará****VELOCIDADE: 50km/h | Motor: 250CC | Combustível: GASOLINA | Colisão:****Não Informado | Veículo envolvido: 102E MARIA SOARES BESSERA (titular)****Houve lesão corporal? (sim/não): Não | Local: Centro, CRATEUS Ceará****O declarante afirma que no dia hora e local acima informados****sobreveu acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta****acima descrita e que na ocasião do acidente levava na garupa o****seu filho Felipe Leitoa Bezerra relata o declarante que o****acidente ocorreu quando se encontra na Rua São Pedro, Condegaço a bordo de cor preta,****havia condutor de moto que parou para entrar na****rua Coronel Tobias foi colhido por um carro de cor preta, placas****não visto, que acertou a traseira da sua motocicleta, caindo****ambos ao solo, que o condutor do outro veículo fugiu do local****sem prestar socorro, não sendo possível identificá-lo. Relata**

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

FELIPE LÍFTÃO BESSA

CPF da Vítima

046.731-94306

Data do Acidente

03/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

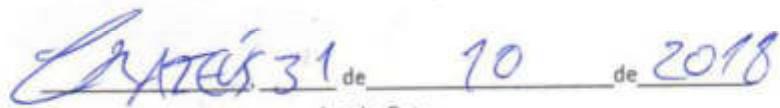
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.


Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
037272 0019 FELIPE LEITAO BESSERRA

Documento(s)
Identidade: 20071163993

Data de Nascimento
13/11/1991 Local
CRATEUS/CE

Pai
JOSE MARIA SOARES BESSERRA

Endereço
RUA CEL TOBIAS, 356

Profissão
ESTUDANTE

Responsável
VERA LUCIA LEITAO BESSERRA

Empresa

CPF do Responsável

Bairro
SAO JOSE

Endereço

RUA CEL TOBIAS, 356

Mae

VERA LUCIA LEITAO BESSERRA

CEP

63700-000

Municipio

CRATEUS

Cônjugue

TAIS RODRIGUES MACEDO

Guia de Autorização

CNS
162551591170003

Estado Civil
Outro

Sexo

Masculino

Idade

24 Ano(s)

UF
CE Telefone
88 36915991

UF
CE

DADOS DO PACIENTE

Data Atendimento Hora Convênio
03/12/2015 17:02 SUS

Profissional do Atendimento
FRANCISCO ELANILDO MARTINS

Indicador de Acidente

Observação

Sala

Matrícula

CID

CRM/UF

6253/CE

Funcionário

VIVIANE BARBOSA LIMA

Tipo Atendimento

CONSULTA COM MEDICACAO

Data/Hora Liberação

ás hs.

Tipo de Saída

() Alta

() Internação

() Óbito

T (°C)

P (bpm)

R (mmHg)

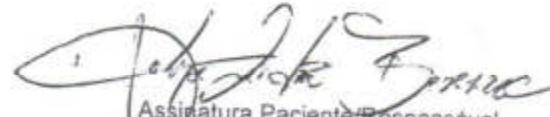
PA (mmHg)

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

Yankee C. de Jesus Góisante Góis
 () tipo amarelo e café
 dente de gude mol. Sir
 ATO DECATORIZADO
 limpeza e curtos + fadura

CRM/MEC 10784
 MEDICO
 GIMIAN MCLD Martins

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253


 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: VERA LUCIA LEITAO BESE



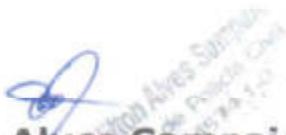
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS/CE

CERTIDÃO

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 404.574-1-0, lotado no Departamento de Polícia do Interior, com serviço nesta Delegacia Regional de Crateús, no uso de suas atribuições legais, etc...,

CERTIFICO, a requerimento verbal da parte interessada, que nesta data compareceu a esta Delegacia Regional de Crateús, Felipe Leitão Beserra, vítima de acidente de trânsito, a qual informou que no Boletim de Ocorrência nº 445-1474-2018, registrado nesta Delegacia Regional de Crateús-CE, por este escrivão subscritor, foi inserido a data do acidente errada, conforme documentação do Hospital São Lucas. Onde se lê "03.12.2017", leia-se "03.12.2015". O referido é verdade. Dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Crateús, aos 20 de julho de 2018.


José Hilton Alves Sampaio
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 404.574-1-0

Requerente:


Felipe Leitão Beserra

Nº DO CLIENTE

81794

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.Companhia Energetica do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.946-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

545455153

Rota 09 33000 01 336000 - 4

Data da Emissão 15/10/2018

Nome VERA LUCIA LEITAO BESSERA

End. Postal RU CEL TOBIAS 00356
SAO JOSE - CRATEUS - 63700000

Medidor 1189750

Posto 0000 A18W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 244850121-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Fatura
Out/2018	15/10/2018	13/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto: C.R.C.B

Mês	+	-	0	+	-	0
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
99,12	21,00%	20,76

Padrão Individual			Apuração Individual			
Mensal	Sem.	Anual	Mensal	Sem.	Anual	
DIC	5,56	11,16	22,21	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0941.6119.7401.2800.1151.507F.692.5700

DIC = 0,00?

0,00 = 0,00?

0,00 = 0,00?

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 1268	1149	1,00	119	0,20	119	0,12398	99,12

DESCRÍPCAO

VALOR CONSUMO DO MES	99,12
MULTA MORATORIA REF 07/2018	1,78
JUROS DO MES	0,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,86
DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	12,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (- R\$ 9,14)	

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	99,12
----------------------	-------

MULTA MORATORIA REF 07/2018	1,78
-----------------------------	------

JUROS DO MES	0,25
--------------	------

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,86
------------------------------	------

DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	12,00
------------------------------------	-------

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (- R\$ 9,14)	
---	--

VENCIMENTO

25/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

120,97

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	35,38
Transmissão	2,43
Distribuição	20,11
Encargos Básicos	1,39
Tributos (IBGE/FIB/COFINS)	34,56
TOTAL	99,12

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

	135	119	118	112	105	131	136	146	135	135	134	150	160
Med. Set. Elec. Ref. Jul. Jun. Mai. Abr. Mar. Fev. Jan. Dez. Fev.													

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

46,46 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTADAS E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Change os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 7,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,12% e COFINS:6,53% (1,12% x R\$ 69.2000 = R\$ 7,696,00 + 6,53% x R\$ 69.2000 = R\$ 4.573,60 = R\$ 5.359,60)

Bandeira vermelha permanece 2 em out-18 com custo de 5,00 reais a cada 100Wh pulso/métrra. Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 81794

Data de Emissão: 15/10/2018

Referência: Out/2018

Total a Pagar (R\$): 120,97

4295380-4

Para aplicação da legislação federal e estadual sobre o setor de energia elétrica.

→ A Agência Nacional de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.436,
de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Floriano Peixoto, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.845-2

enel

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 515520919
 Nome 81 38000 03 274001 - 9 Data de Emissão 02/03/2018
 End. Postal 10 KARLA DIOGO LEITAO
 RUE UBALDINO SOUTO MAIOR 01087
 SAO VICENTE - CRATEUS - 63700000
 Medidor 5044153 Posto 0000 0000
 Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 04- 0.5.0.A MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 057883143-05 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			TABELA DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão	Veja a legenda no verso dessa conta.					
Mar/2018	02/03/2018	02/04/2018	Conjunto	CRITICOS	Jan/2018	EUD 31.06		
Base de Cálculo (R\$)	Allíquota	Valor do Imposto						
58,71	27,00%	15,65	DIC	5,55	11,10	22,21	2,00	8,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
			DMIC	3,29			0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Luz, Atual	Luz, Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Consu. Inv.	Consu. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 16049	15954	1,00	65	8,00	em	0,47902	30,71
02/03/18	01/01/18		23 DIA/G		65		58,71

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF. 12/2017
 JUROS DO MES

VENCIMENTO

20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Enersa	19,19
Transmissão	2,03
Distribuição	12,42
Encargos Sociais	4,76
Tributos (ICMS/FIS/COFINS)	18,44
TOTAL	58,71

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
134	15	129	16	150	15	141	14	15	14	15	11

CONSUMO EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Companhia responsável pelo consumo de energia elétrica.

Emissor (CO₂)Compensado (kg CO₂)

Consumo Ecologico (SECO)

36,74

0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Até o dia 20/03/2018, constava em nossos controles contas em atraso. Sobre o desabastecimento do Débito, o não pagamento da dívida judicial é a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 214-10, Art. 172, parágrafo 1º, bem como o envio das informações aos GRUPOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E ORTIGO DE FROIZZTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2,55 referente a PIS e COFINS/MI (autas: PIS=0,75% e COFINS=0,64%). O Cliente, consta suas últimas 05 faturas de consumo de energia elétrica dessa unidade com anuidade vinculadas ate 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui aquelas anteriores.

DEBITOS ANTERIORES

Mar/2018	112,58
02/2018	32,58
Total	33,38

Nº do Cliente: 4295380-4 Referência: Mar/2018
 Data de Emissão: 02/03/2018 Total a Pagar (R\$): 62,03
 Nº da Nota Fiscal: 515520919 Nº de Controle: 0004295380 00083 39062 27
 8381000000-0 62030031000-8 0004295380-6 00833906287-3



Declaração do Proprietário do Veículo

EI. José Monica Soares Bezerra
RG nº 320.209.906-373 data de expedição 11/11/00
Órgão SSP-CE portador do CPF nº 047.680.908-85 com
domicílio na cidade de fortaleza, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Ief. Tebias, nº 356.
complemento nº 101, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é da de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Felipe Dutra Bezerra, cujo o condutor era

Veículo: Fiorino / CG 150 T, T2 e FS

Modelo: ✓009

Ano: 1991

Placa: 111

M.W.Q. 898 +
Chassi 36-24501

Data do Acidente: 03/12/15

Data do Acidente: 05/07/11 - P
Local e Data: Chácara

Local & Date: Answers, 11

José Maria S. Biserra
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Jean Marie S. Bistancia

Assinatura do Curador: é de se ver um terceiro que não a vítima reclamante co-síndrome.

CARTÓRIO CAVALCANTI
3º Ciclo Registro de
Paulano Candido
Escrivane



MABEL BEZERRA
FISIOTERAPIA

Dra. Mabel Bezerra
Fisioterapeuta
CREFITO - 6617 - LTF
(88) 9 96007432

Relatório Fisioterapêutico

Relato para os devidos fins que a paciente **FELIPE LEITÃO BESERRA** vítima de acidente automobilístico no dia 03/12/2015, veio a sofrer trauma em perna esquerda. Foi realizado avaliação e ficou evidenciado bloqueio das articulações do joelho, metatársicas e metatársicas falangeanas, edema residual, atrofia muscular de tibial anterior e músculos intrínsecos do pé. Foi realizado tratamento fisioterapêutico: Tens com finalidade analgésica, Ultrassom para desinflamação e reparação tecidual, cinesioterapia passiva e ativa para ganho de amplitude e força, laserterapia para cicatrização tecidual.

Foram realizados 30 (trinta) atendimentos especializados para reabilitação da região acometida no período de agosto a setembro de 2017.

Crateús, 23 de março de 2016.

Assinatura Mabel Bezerra da Silva

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CPF: 031.358.733-74

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CREFITO. 6617 - LTF

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
037272 0019 FELIPE LEITAO BESSERA
Documento(s) Identidade: 20071163993

Data de Nascimento 13/11/1991 Local CRATEUS/CE

Pai JOSE MARIA SOARES BESSERA

Endereço RUA CEL TOBIAS, 356

Profissão ESTUDANTE

Responsável VERA LUCIA LEITAO BESSERA

Mae VERA LUCIA LEITAO BESSERA
Bairro SAO JOSE CEP 63700-000 Municipio CRATEUS
Conjuge TAIS RODRIGUES MACEDO

CPF do Responsável Endereço RUA CEL TOBIAS, 356

CNS
162551591170003

Guia de Autorização

Estado Civil
Outro

Sexo
Masculino

Idade
24 Ano(s)

UF CE Telefone
CE 88 36915991

UF
CE

Data Atendimento Hora Convênio
03/12/2015 17:02 SUS

Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS

Indicador de Acidente

Observação:

Sala

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

Data/Hora Liberação

/ / às hs.

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

T (°C)

P (bpm)

R (impm)

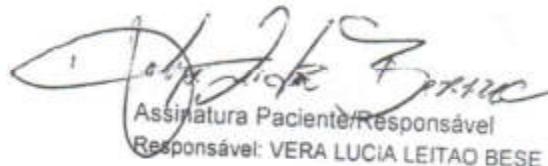
PA (mmHg)

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

Vinte e cinco Conforte Geral
@ tipo ameaças e Cortes
dúvidas de quando morrerá
luzes e conforto + sedação

CRM/MEC 10784
GIMAN MEDICO MARTINS
CRM/MEC 10784

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253


Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VERA LUCIA LEITAO BESSERA

~~18/03~~

9) 83880

0060 0

Hospitau Motel

Detalh

detalhe da conta

Nome do Padrão

RECEITUÁRIO

UPA Dr. Olavo
Cavalcante Cardoso
ADMINISTRAÇÃO São Camilo

Rua: Jofelsoen SIlva Barros - CIDADE NOVA - CEP: 63.700-000 - CRATEús - Ceará



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2007116399 - 3	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/05/2008
NAME			
FELIPE LEITÃO BESERRA			
FILIAÇÃO			
JOSÉ MARIA SOARES BESERRA			
VERA LÚCIA LEITÃO BESERRA			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
CRATEús - CE	13/11/1991		
DOC ORIGEM			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:21167 FOLHA:047V			
LIVRO:A 21 CRATEús - CE			
CPF			
1 VIA	Assinatura do Diretor		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N°7.116 DE 29/06/83			
P.: 36			



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

046.731.943-06

Nome

FELIPE LEITAO BESSERRA

Nascimento

13/11/1991

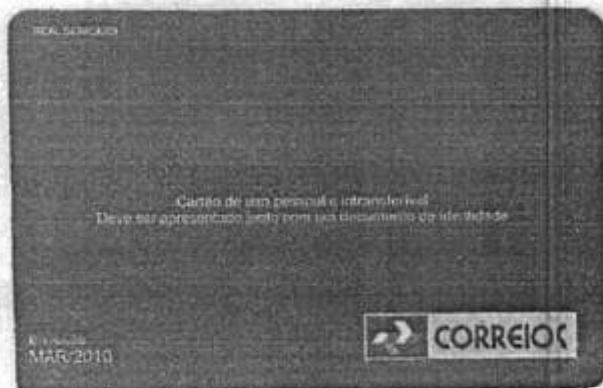
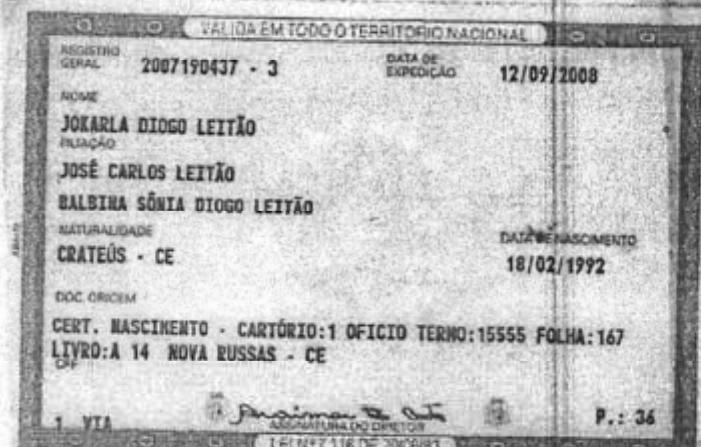
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
E09D.C1FF.702A.9BB0

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 15:08:32 do dia 15/02/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Qroc

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) FELIPE LEITÃO BEZERRA,
(nacionalidade) BRASILEIRO, (profissão) ESTUDANTE, portador da
cédula de identidade RG nº 2007190437-3, emitido pela SSP / (UF) CE,
inscrito sob o CPF nº 057.883-143-05, residente na (endereço
completo) IBALDINO SOUTO MAIA, na cidade de
CRATEÚS, (UF) CE, CEP 63 700-000, nomeio e constituo
meu procurador, (nome do representante) FELIPE LEITÃO BEZERRA,
(nacionalidade) BRASILEIRO, (profissão) FUTURO MÓ, portador da
cédula de identidade RG nº 200716399-3, emitido pela SSP / (UF) CE,
inscrito sob o CPF nº 046.731.943-06 residente na (endereço completo)
ELTON TÓBIAS, na cidade de
CRATEÚS, (UF) CE, CEP 63 700-000, a quem
confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) FELIPE LEITÃO BEZERRA
junto à SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

(local e data) CRATEÚS-CE 31/10/2018

(assinatura) Felipe Leitão Bezerra

- (RG) 057.883-143-05



CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Pessoal de Imóveis
ANTONIO IVAN SAYGIA LOPEZ
Escrivário Autorizado

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)